

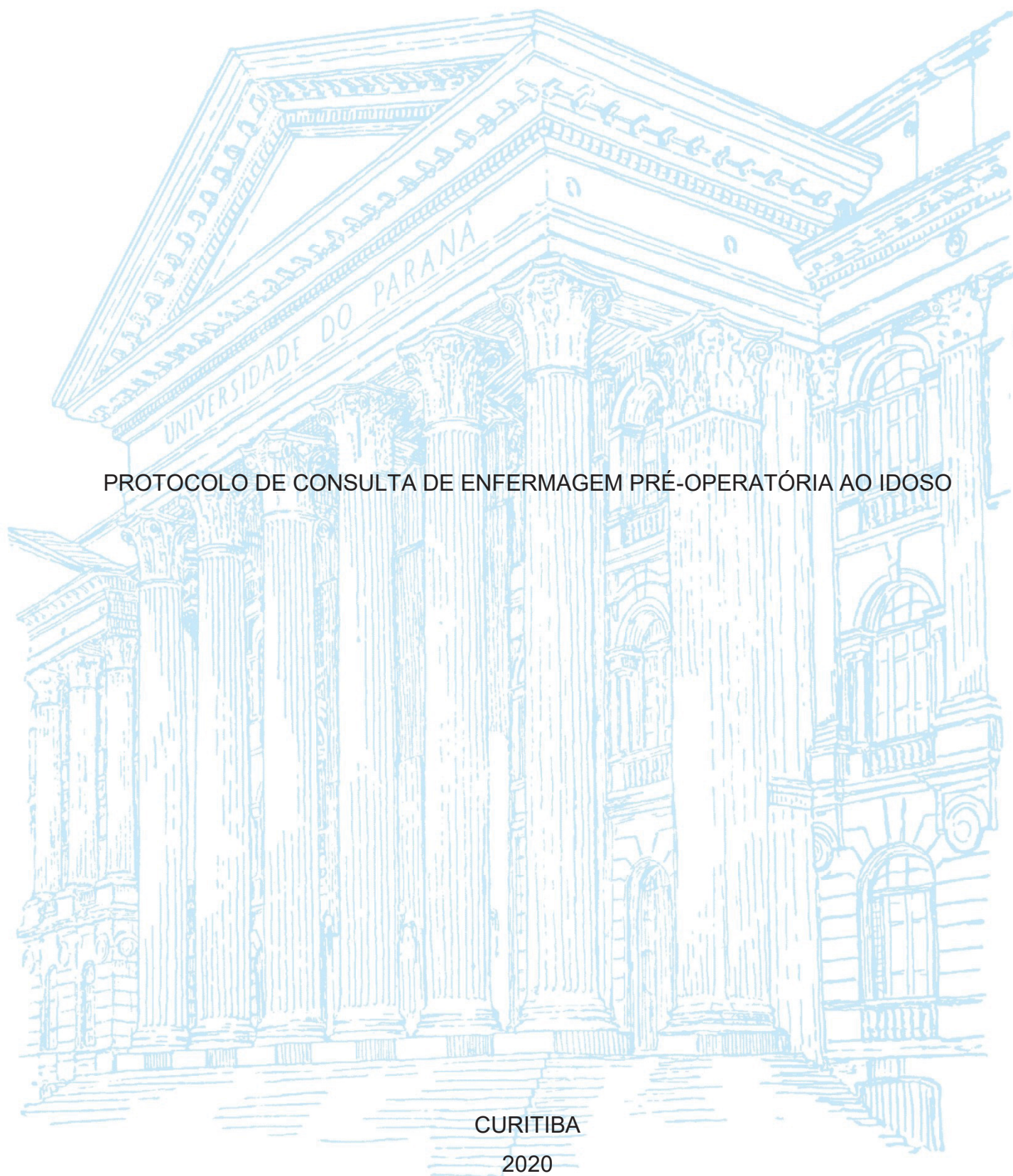
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

ROSILAINE DE OLIVEIRA

PROTOCOLO DE CONSULTA DE ENFERMAGEM PRÉ-OPERATÓRIA AO IDOSO

CURITIBA

2020



ROSILAINE DE OLIVEIRA

PROTOCOLO DE CONSULTA DE ENFERMAGEM PRÉ-OPERATÓRIA AO IDOSO

Dissertação apresentada à banca de defesa do Programa de Pós-Graduação em Prática do Cuidado em Saúde, Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Prática do Cuidado em Saúde.

Linha de Pesquisa: Processo de Cuidar em Saúde e Enfermagem

Orientadora: Profa. Dra. Mariluci Hautsch Willig

CURITIBA

2020

Oliveira, Rosilaine de

Protocolo de consulta de enfermagem pré-operatória ao idoso em um hospital municipal de Curitiba [recurso eletrônico] / Rosilaine de Oliveira – Curitiba, 2020.

Dissertação (mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Prática do Cuidado em Saúde. Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, 2020.

Orientadora: Profa. Dra. Mariluci Hautsch Willig

1. Enfermagem no consultório. 2. Enfermagem perioperatória. 3. Processo de enfermagem. 4. Idoso. I. Willig, Mariluci Hautsch. II. Universidade Federal do Paraná. III. Título.

CDD 617.970231



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
SETOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO PRÁTICA DO CUIDADO
EM SAÚDE - 40001016073P0

TERMO DE APROVAÇÃO

Os membros da Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em PRÁTICA DO CUIDADO EM SAÚDE da Universidade Federal do Paraná foram convocados para realizar a arguição da dissertação de Mestrado de **ROSILAINE DE OLIVEIRA** intitulada: **PROTOCOLO DE CONSULTA DE ENFERMAGEM PRÉ-OPERATÓRIA AO PACIENTE IDOSO**, sob orientação da Profa. Dra. MARILUCI HAUTSCH WILLIG, que após terem inquirido a aluna e realizada a avaliação do trabalho, são de parecer pela sua APROVAÇÃO no rito de defesa.

A outorga do título de mestre está sujeita à homologação pelo colegiado, ao atendimento de todas as indicações e correções solicitadas pela banca e ao pleno atendimento das demandas regimentais do Programa de Pós-Graduação.

Curitiba, 26 de Agosto de 2020.

Assinatura Eletrônica

30/08/2020 11:00:40.0

MARILUCI HAUTSCH WILLIG

Presidente da Banca Examinadora

Assinatura Eletrônica

28/08/2020 16:15:40.0

MARIA DE FATIMA MANTOVANI

Avaliador Externo (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ)

Assinatura Eletrônica

28/08/2020 17:32:12.0

SUSANNE ELERO BETIOLLI

Avaliador Interno (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ)



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
SETOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO PRÁTICA DO CUIDADO
EM SAÚDE - 40001016073P0

ATA Nº93

**ATA DE SESSÃO PÚBLICA DE DEFESA DE MESTRADO PARA A OBTENÇÃO DO
GRAU DE MESTRE EM PRÁTICA DO CUIDADO EM SAÚDE**

No dia vinte e seis de agosto de dois mil e vinte às 14:00 horas, na sala <https://meet.google.com/ayt-dmty-gab>, Google Meet, foram instaladas as atividades pertinentes ao rito de defesa de dissertação da mestranda ROSILAINE DE OLIVEIRA, intitulada: **PROTOCOLO DE CONSULTA DE ENFERMAGEM PRÉ-OPERATÓRIA AO PACIENTE IDOSO**, sob orientação da Profa. Dra. MARILUCI HAUTSCH WILLIG. A Banca Examinadora, designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em PRÁTICA DO CUIDADO EM SAÚDE da Universidade Federal do Paraná, foi constituída pelos seguintes Membros: MARILUCI HAUTSCH WILLIG, MARIA DE FATIMA MANTOVANI (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ), SUSANNE ELERO BETIOLLI (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ). A presidência iniciou os ritos definidos pelo Colegiado do Programa e, após exarados os pareceres dos membros do comitê examinador e da respectiva contra argumentação, ocorreu a leitura do parecer final da banca examinadora, que decidiu pela **APROVAÇÃO**. Este resultado deverá ser homologado pelo Colegiado do programa, mediante o atendimento de todas as indicações e correções solicitadas pela banca dentro dos prazos regimentais definidos pelo programa. A outorga de título de mestre está condicionada ao atendimento de todos os requisitos e prazos determinados no regimento do Programa de Pós-Graduação. Nada mais havendo a tratar a presidência deu por encerrada a sessão, da qual eu, MARILUCI HAUTSCH WILLIG, lavrei a presente ata, que vai assinada por mim e pelos demais membros da Comissão Examinadora.

Observações: Houve alteração do título do trabalho para: "PROTOCOLO DE CONSULTA DE ENFERMAGEM PRÉ-OPERATÓRIA AO IDOSO"

Curtiba, 26 de Agosto de 2020.

Assinatura Eletrônica

30/08/2020 11:00:40.0

MARILUCI HAUTSCH WILLIG

Presidente da Banca Examinadora

Assinatura Eletrônica

28/08/2020 16:15:40.0

MARIA DE FATIMA MANTOVANI

Avaliador Externo (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ)

Assinatura Eletrônica

28/08/2020 17:32:12.0

SUSANNE ELERO BETIOLLI

Avaliador Interno (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ)

DEDICATÓRIA

*A minha avó Deusita de Lima, in memoriam.
A todos os profissionais de Enfermagem,
que atuam no Sistema Único de Saúde.*

AGRADECIMENTOS

A **Deus** pela sua infinita bondade, pelo dom da vida, e pela iluminação dos meus caminhos em prol da vida do outro.

À minha **família**, pelo amor, incentivo e compreensão.

À minha mãe **Marcia** por me dar apoio na conclusão deste trabalho, me ajudar nas tarefas diárias para que eu pudesse realizar minha pesquisa.

Aos meus filhos lindos e amados: **Lucas e Pablo**, que alegam minha vida e me dão força para buscar o melhor sempre, e me fazem sentir um amor incondicional.

Ao meu esposo **Leandro**, a quem admiro imensamente. Agradeço por me incentivar, cuidar de mim em todos os detalhes e me dar todo o suporte necessário (físico, emocional e tecnológico), para que eu conseguisse concluir cada etapa do Mestrado. Com você, essa caminhada foi mais leve, te amo.

Aos meus amigos que sempre me apoiaram e acreditaram no meu potencial, em especial **Junio e Mário** que além de amigos são colegas de profissão que admiro muito, e nunca mediram esforços para me ajudar no que fosse preciso.

Aos **amigos e colegas** da turma do **Mestrado**, foi uma delícia aprender, compartilhar e crescer a cada dia.

Aos amigos **enfermeiros** que participaram diretamente do estudo de forma voluntária e de boa vontade, acreditando nessa proposta.

Ao **Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – Mestrado Profissional**, às professoras por todo o aprendizado.

À minha orientadora, Profa. Dra. **Mariluci Hautsch Willig**, a quem eu admiro imensamente pelo conhecimento que possui, pela didática em ensinar e pela pessoa que é. Por me orientar a cada passo, método e escrita, pela paciência. Por dedicar-se a orientar cada linha da dissertação. Pelas mensagens de incentivo e encorajamento. Foi tão bom com a senhora, muito, muito obrigada.

Às professoras que fazem parte da banca de avaliação, titulares Profa. Dra. **Maria de Fátima Mantovani** e Profa. Dra. **Susanne Elero Betioli** por aceitarem o convite e compor a banca de defesa desta dissertação. À Profa. Dra. **Tatiane Prette** por ter feito parte da banca de qualificação, contribuindo com todo seu conhecimento para melhoria do trabalho.

Ao grupo de Pesquisa **GEMSA**, pelas discussões e contribuições, nossas reuniões sempre traziam novos conhecimentos e o grupo sempre de alma para cima.

Aos diretores do **Hospital Municipal do Idoso Zilda Arns e da Fundação Estatal de Atenção à Saúde de Curitiba**, pela concordância com meu ingresso no Mestrado Profissional e viabilização da execução deste protocolo.

*“O mais importante da vida não é a situação em que estamos,
mas a direção para a qual nos movemos”.*
Oliver Wendell Holmes

RESUMO

Introdução: a consulta pré-operatória é uma etapa importante que individualiza e personaliza os cuidados da enfermagem. Seu propósito é conhecer o paciente, estabelecer interação com ele através da escuta ativa, esclarecer suas eventuais dúvidas em relação à cirurgia e lhe dar apoio emocional, já que a ansiedade e o medo podem prejudicar a recuperação no pós-operatório. **Objetivo:** construir um protocolo de consulta de enfermagem pré-operatória ao idoso, para o ambulatório de Enfermagem de uma instituição hospitalar situada na região sul do Brasil. **Metodologia:** trata-se de uma pesquisa ancorada na Pesquisa Convergente Assistencial, com abordagem quantitativa e qualitativa. Para a caracterização dos idosos com 60 anos ou mais. Para isso, realizou-se busca das informações em prontuário eletrônico, das cirurgias realizadas de julho de 2018 a julho de 2019. Foram levantados dados quantitativos referentes a idade, sexo, tipo de cirurgia realizada e intercorrências apresentadas em todo o processo cirúrgico. Para as entrevistas foram recrutados 15 enfermeiros que atuam nos setores ambulatório de enfermagem, emergência e centro cirúrgico. Para tanto, utilizou-se de um instrumento semiestruturado. As variáveis quantitativas foram organizadas e analisadas no software Excel®. Os dados qualitativos foram codificados com a utilização do software gratuito, que gerou os *corpus* textuais e a formação das classes apresentadas pelo Dendograma e nuvem de palavras. **Resultados:** foram obtidos dados referentes as características demográficas e clínicas dos idosos que tiveram cirurgias planejadas no período estipulado de coleta, totalizando 561 planejadas e destas 536 foram realizadas de fato. Observou-se que as cirurgias realizadas foram mais predominantes no sexo masculino (55,90%) com faixa etária de 65 à 69 anos (28,30%), as cirurgias mais prevalentes foram colescitectomias (22,00%), seguida das hernioplastias inguinais (20,10%), destas cirurgias a intercorrência mais prevalente foi a dor (29,40%), relatada pelos pacientes no período pós-operatório após a alta hospitalar, não havendo relatos no período de internamento. A análise das entrevistas dos enfermeiros gerou o dendograma, composto por cinco classes centradas na consulta de Enfermagem pré-operatória: O processo saúde-doença; Histórico de comorbidades; Processo de Enfermagem; Prescrição de Enfermagem; O paciente cirúrgico e a consulta de Enfermagem pré-operatória. As classes apresentaram retenção de 77,7% dos seguimentos classificados. Com base na coleta e análise de dados dos prontuários, das entrevistas com os enfermeiros e na bibliografia consultada elaborou-se o protocolo. **Conclusão/Considerações finais:** com base nos resultados do estudo foi possível a construção do produto final: o protocolo de consulta de enfermagem pré-operatória ao idoso, elaborado com a finalidade de sistematizar e facilitar a consulta de enfermagem pré-operatória no ambulatório de enfermagem da instituição hospitalar, local do desenvolvimento desta pesquisa.

Palavras-chave: Enfermagem no consultório. Enfermagem perioperatória. Processo de enfermagem. Idoso.

ABSTRACT

Introduction: preoperative consultation is an important step that individualizes and personalizes nursing care. Its purpose is to get to know the patient, to interact with him through active listening, to clarify his eventual doubts about the surgery and to give him emotional support, since anxiety and fear can impair recovery in the postoperative period. **Objective:** to build a pre-operative nursing consultation protocol for the elderly, for the Nursing outpatient clinic of a hospital located in the south of Brazil. **Methodology:** this is a research anchored in Convergent Care Research, with a quantitative and qualitative approach. People were characterized as elderly when aged 60 or over. Information was sought in electronic medical records of the surgeries performed from July 2018 to July 2019. Quantitative data were collected regarding age, sex, type of surgery performed and complications presented throughout the surgical process. For the interviews, 15 nurses were recruited who work in the outpatient nursing, emergency and surgical center sectors. For this, a semi-structured instrument was used. Quantitative variables were organized and analyzed using Excel® software. The qualitative data were coded using free software, which generated the textual corpus and the formation of the classes presented by the Dendrogram and word cloud. **Results:** data were obtained regarding the demographic and clinical characteristics of the elderly who had planned surgeries during the stipulated collection period, totaling 561 planned and of these 536 were actually performed. It was observed that the surgeries performed were more prevalent in males (55.90%) aged 65 to 69 years (28.30%). The most prevalent surgeries were colescitectomies (22.00%), followed by inguinal hernioplasties (20.10%). The most prevalent surgical complication was pain (29.40%), reported by patients in the postoperative period after hospital discharge, with no reports during the hospital stay. The analysis of the nurses' interviews generated the dendrogram, composed of five classes centered on the preoperative nursing consultation: The health-disease process; History of comorbidities; Nursing Process; Nursing prescription; The surgical patient and the preoperative nursing consultation. The classes presented retention of 77.7% of the classified segments. Based on the collection and analysis of data from medical records, interviews with nurses and the bibliography consulted, the protocol was developed. **Conclusion / Final considerations:** based on the results of the study, it was possible to build the final product: the preoperative nursing consultation protocol for the elderly, designed to systematize and facilitate the preoperative nursing consultation at the nursing clinic hospital, where this research was developed.

Keywords: Office nursing. Perioperative nursing. Nursing process. Elderly people.

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 – VARIÁVEIS DE INTERESSE DO ESTUDO.....	49
FIGURA 2 – SÍNTESE DOS PASSOS DE ANÁLISE	52
FIGURA 3 – RELATÓRIO DA CHD GERADO PELO IRAMUTEQ.....	64
FIGURA 4 – DENDOGRAMA DAS CLASSES COM AS PALAVRAS CARACTERÍSTICAS	65
FIGURA 5 – REPRESENTAÇÃO GRÁFICA DA CLASSE 3 EM FUNÇÃO DA FREQUÊNCIA DAS PALAVRAS	69
FIGURA 6 – REPRESENTAÇÃO GRÁFICA DA CLASSE 4 EM FUNÇÃO DA FREQUÊNCIA DAS PALAVRAS	73
FIGURA 7 – REPRESENTAÇÃO GRÁFICA DA CLASSE 5 EM FUNÇÃO DA FREQUÊNCIA DAS PALAVRAS	75

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 – SÍNTESE DAS FASES DA PESQUISA CONVERGENTE ASSISTENCIAL.....	46
QUADRO 2 – SÍNTESE DOS ENFERMEIROS PARTICIPANTES DA PESQUISA.....	48
QUADRO 3 – NOMINAÇÃO DAS CLASSES REPRESENTADAS NO DENDOGRAMA	65

LISTA DE TABELAS

TABELA 1	–	DISTRIBUIÇÃO DOS PACIENTES IDOSOS QUE REALIZARAM CIRURGIAS NO PERÍODO DE 2018 A 2019, DE ACORDO COM A FAIXA ETÁRIA	57
TABELA 2	–	DE CIRURGIAS REALIZADAS EM IDOSOS NO PERÍODO DE 2018 A 2019.....	59
TABELA 3	–	INTERCORRÊNCIAS APRESENTADAS PELOS IDOSOS NO PÓS-OPERATÓRIO NO PERÍODO DE 2018 A 2019	61

LISTA DE SIGLAS

ABVD	–	Atividades Básicas devida Diária
AVDS	–	Atividades de vida diárias
BVS	–	Biblioteca Virtual de Saúde
BDENF	–	Banco de dados em Enfermagem
CBC	–	Colégio Brasileiro de Cirurgiões
COFEN	–	Conselho Federal de Enfermagem
CHD	–	Classificação Hierárquica Descendente
DeCS	–	Descritores em Ciências da Saúde
COREN	–	Conselho Regional de Enfermagem
CVL	–	Colecistectomia videolaparoscópica
ECG	–	Eletrocardiograma
IRAMUTEQ	–	<i>Interface de R pour les Analyses multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires</i>
HIZA	–	Hospital do Idoso Zilda Arns
LILACS	–	Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MEDLINE	–	Medical Literature Analysis and Retrieval System Online
MS	–	Ministério da Saúde
OMS	–	Organização Mundial da Saúde
PE	–	Processo de enfermagem
PCA	–	Pesquisa Convergente Assistencial
PNSPI	–	Política Nacional da Saúde da Pessoa Idosa
PUBMED	–	Publicações médicas
SES/SP-		Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo
SAE	–	Sistematização da Assistência de Enfermagem
SAEP	–	Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória
SARA	–	Síndrome da Angústia Respiratória Aguda
SES/SP	–	Secretaria de estado de Saúde de São Paulo
SCIELO	–	Scientific Electronic Library Online
SRPA	–	Sala de recuperação pós-anestésica
ST	–	Segmento de texto

SUS	–	Sistema Único de Saúde
TCLE	–	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UCIs	–	Unidades de Contexto Iniciais
UTI	–	Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	16
2	OBJETIVOS DO ESTUDO	19
3	REVISÃO DE LITERATURA	20
3.1	ENVELHECIMENTO POPULACIONAL NO BRASIL E SUAS DEMANDAS.....	20
3.2	PACIENTE IDOSO SUBMETIDO AO PROCESSO OPERATÓRIO	23
3.3	CONSULTA DE ENFERMAGEM PRÉ-OPERATÓRIA AMBULATORIAL ...	26
3.4	O PROCESSO DE ENFERMAGEM E A CONSULTA PRÉ- OPERATÓRIA	30
3.5	PROTOCOLOS DE ENFERMAGEM	36
4	TRAJETÓRIA METODOLÓGICA	42
4.1	TIPO DE ESTUDO.....	42
4.1.1	Pesquisa Convergente Assistencial.....	42
4.2	LOCAL DE ESTUDO	46
4.3	RECRUTAMENTO DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA	48
4.4	COLETA DE DADOS	48
4.4.1	Coleta de dados do prontuário.....	49
4.4.2	Entrevista.....	49
4.5	ANÁLISE DOS DADOS	50
4.5.1	Análise dos dados quantitativos.....	50
4.5.2	Análise de dados qualitativos	50
4.6	CONSTRUÇÃO DO PROTOCOLO DE CONSULTA DE ENFERMAGEM PRÉ-OPERATÓRIA AO PACIENTE IDOSO	54
4.7	ASPECTOS ÉTICOS DO ESTUDO	55
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO	56
5.1	RESULTADOS QUANTITATIVOS.....	56
5.2	RESULTADOS QUALITATIVOS.....	63
5.2.1	Classes	65
5.2.1.1	Classes 1 e 2 – O processo saúde-doença na consulta de Enfermagem pré-operatória / Histórico de comorbidades na consulta de Enfermagem pré-operatória	66

5.2.1.2	Classe 3 – Processo de Enfermagem na consulta de Enfermagem pré-operatória.....	69
5.2.1.3	Classe 4 – Prescrição de Enfermagem na consulta de Enfermagem pré-operatória.....	72
5.2.1.4	Classe 5 – O paciente cirúrgico e a consulta de Enfermagem pré-operatória.....	75
6	PROTOCOLO DE CONSULTA DE ENFERMAGEM PRÉ OPERATÓRIA AO PACIENTE IDOSO EM UM HOSPITAL MUNICIPAL DE CURITIBA.....	78
7	CONCLUSÃO/CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	79
	REFERÊNCIAS	82
	APÊNDICE 1 – INSTRUMENTO DE COLETA DE INFORMAÇÕES DEMOGRÁFICAS DOS PACIENTES SUBMETIDOS À CIRURGIA	95
	APÊNDICE 2 – INSTRUMENTO DE COLETA DE INFORMAÇÕES ENTREVISTA.....	96
	APÊNDICE 3 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA OS ENFERMEIROS	97
	APÊNDICE 4 – PROTOCOLO DE CONSULTA DE ENFERMAGEM PRÉ-OPERATÓRIA AO PACIENTE IDOSO	99
ANEXO 1	– PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP UFPR.....	135
ANEXO 2	– PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP SMS.....	140

1 INTRODUÇÃO

Para Farias e Santos (2012) é no envelhecer que se descobrem muitas facetas da vida, valorizando a transição do tempo e o passar de muitas trajetórias vividas.

À medida que a população de idosos aumenta rapidamente existe a necessidade de buscar mais conhecimentos sobre as temáticas referentes à prevenção e à promoção do envelhecimento ativo, visando maximizar a independência, a autonomia e o bem-estar do idoso. Este conceito se ancora por princípios de humanização, integralidade, ética, otimização e alocação de recursos e valorização do potencial de todos os atores envolvidos no processo de cuidar (SALMAZO-SILVA; LIMA, 2012).

A frequência das doenças crônicas e a longevidade das pessoas têm causado o crescimento das taxas de idosos portadores de incapacidades. A prevenção das doenças e agravos não-transmissíveis, a assistência à saúde dos idosos dependentes e o suporte aos seus cuidadores familiares representam novos desafios para o sistema de saúde (GAIOLI; FUREGATO; SANTOS, 2012).

As alterações decorrentes do processo de envelhecimento e as associadas aos processos patológicos crônicos e eventualmente afecções agudas contribuem para o aumento das internações e de procedimentos cirúrgicos em pessoas idosas de maneira cada vez mais frequente (CARVALHO FILHO; BETITO, 2005).

A longevidade expõe os idosos por mais tempo às morbidades de resolução cirúrgica. Apesar de um número importante de idosos apresentarem envelhecimento saudável e tolerarem o ato cirúrgico sem muitas intercorrências, sabe-se também que a morbimortalidade que envolve a operação é mais frequente no indivíduo idoso e requer muito mais cuidado naquele com comorbidades (VENDITES; ALMADA-FILHO; MINOSSI, 2010).

A partir do momento em que é indicada a intervenção cirúrgica, o paciente passa pela fase pré-operatória, transoperatória e pós-operatória e o sucesso de todas essas etapas é necessário para que o resultado final do procedimento seja satisfatório (ROCHA; IVO, 2015).

A fase pré-operatória é uma etapa em que o enfermeiro tem papel primordial, pois é nesta fase que ele conhece o paciente, realiza a anamnese e pode

contribuir para a minimização dos fatores desencadeadores da ansiedade e estresse frente ao processo (COSTA; SILVA; LIMA, 2010).

Estudo realizado com o objetivo de identificar a percepção dos usuários no período pré-operatório sobre a assistência de enfermagem e sua influência no pós-operatório, evidenciou que a percepção dos clientes relacionada à assistência de enfermagem representou aspectos negativos e positivos, quanto aos déficits no desempenho dos profissionais, assim como, a importância da atuação do enfermeiro no período perioperatório, o que de fato influencia no pós-operatório (ROCHA; IVO, 2015).

Ascari et al. (2013) salientam que o período pré-operatório deve ser enfatizado pelo enfermeiro, pois os pacientes possuem dúvidas, anseios e medos e tornam-se vulneráveis nas demais fases da cirurgia. As informações fornecidas ao paciente acerca da cirurgia, devem ser claras para que o mesmo compreenda adequadamente o que o profissional quer dizer.

A consulta pré-operatória de enfermagem para Medeiros, Dantas e Jácome (2017) é uma ferramenta poderosa para reduzir complicações, proporcionando uma assistência mais segura ao paciente. Assim, ela se mostra como uma forma eficiente do paciente adquirir informações, confiança, controle de sintomas, autocuidado e satisfação biopsicossocial.

No ambulatório de enfermagem de um Hospital Municipal de Curitiba, voltado ao atendimento do idoso, cenário do presente estudo, são realizadas consultas de enfermagem ao paciente com distúrbios endócrinos e Alzheimer. Bem como, a retirada dos pontos das cirurgias que são efetivadas neste hospital. Nesse contexto a pesquisadora observou a necessidade da implantação da consulta pré-operatória, como parte integrante do ambulatório de enfermagem, pois nota-se uma gama de dúvidas dos pacientes e familiares e orientações fragmentadas direcionadas aos pacientes. Mesmo mediante de um número significativo de cirurgias realizadas no hospital, o atendimento de Enfermagem direcionado à fase pré-operatória inexistente.

A carência de informações e de orientações prestadas pelo enfermeiro na fase pré-operatória dificulta o entendimento por parte dos pacientes, o que pode provocar equívocos, levando a reações negativas para a recuperação pós-operatória do cliente. Salienta-se a necessidade de implementação de novas práticas, que visem minimizar os sentimentos de ansiedade relativos à cirurgia, bem como

prevenir outras intercorrências previsíveis, para que o paciente se sinta mais seguro e capaz de se cuidar no pós-cirúrgico de forma efetiva (ROCHA; IVO, 2015).

Diante do exposto, reconhece-se a importância da consulta de enfermagem na fase pré-operatória, tendo este estudo a seguinte questão de pesquisa: **Quais os cuidados necessários para compor um protocolo de Consulta de Enfermagem no pré-operatório para idosos?**

Alves et al. (2014) reforçam a função específica que os protocolos de enfermagem, representam diante da prática do enfermeiro e da satisfação do usuário no processo de assistência. Sua utilização reduz os espaços existentes entre pesquisa e prática, teoria, assistência e reconhecimento da enfermagem. Os protocolos de enfermagem como uma ferramenta social, educativa e assistencial na saúde atendem às demandas existentes nos sistemas de saúde tornando o dia a dia do trabalho, cada vez mais organizado, científico e coerente.

A construção do protocolo fundamentou-se na teórica Virgínia Henderson que define a Enfermagem como uma função independente, a de agir para o paciente quando ele precisa de conhecimento, força física ou vontade de agir por si mesmo. Em 1956, Virgínia Henderson definiu as funções dos enfermeiros, a função única do enfermeiro é assistir o indivíduo, doente ou não, na realização das atividades que contribuem para a saúde ou para sua recuperação, que ele realizaria sem auxílio se para tal tivesse a força, vontade e o conhecimento necessários. E fazer isto, de modo a ajudá-lo a conquistar a independência tão rapidamente quanto possível. Para Henderson, a pessoa é a figura central dos cuidados de enfermagem e o enfermeiro deve ajudá-la a tornar-se independente na satisfação das suas necessidades o mais precoce possível (FLORÊNCIO, 2009).

A prática profissional de Henderson ampliou sua visão na necessidade de independência do paciente e seu progresso após a alta hospitalar. O pressuposto fundamental desta teoria é a de que o enfermeiro é responsável pelo paciente até que ele possa cuidar de si mesmo novamente e que este enfermeiro deve ser educado no âmbito acadêmico na arte da enfermagem e nos conhecimentos científicos (MCEWEN; WILLS, 2015).

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Construir um protocolo de consulta de enfermagem pré-operatória ao idoso para o ambulatório de Enfermagem de uma instituição hospitalar, situada na região sul do Brasil

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Identificar as características demográficas e clínicas dos idosos submetidos à cirurgia geral no ano de 2018 a 2019 na instituição hospitalar pesquisada.

Analisar as percepções dos enfermeiros acerca da gestão do cuidado ao idoso na consulta pré-operatória.

3 REVISÃO DE LITERATURA

A fundamentação teórica abordada a seguir, envolve o levantamento de literatura, nas bases de dados LILACS, BDENF, Medline, PubMed e Scielo, na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) e protocolos/ manuais do Ministério da Saúde bem como, livros que abordam os temas vinculados ao projeto. Os descritores selecionados, para a realização da pesquisa, foram encontrados por da consulta de Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), definindo-se como termos: Idoso; Enfermagem no Consultório; Processo de Enfermagem; Comunicação; Enfermagem perioperatória; Avaliação em Enfermagem. Esta revisão de literatura compreende cinco subitens: O envelhecimento populacional no Brasil e suas demandas; Paciente idoso submetido ao procedimento cirúrgico, Consulta de enfermagem pré-operatória ambulatorial, O Processo de Enfermagem e a consulta pré-operatória e Protocolos de Enfermagem.

3.1 ENVELHECIMENTO POPULACIONAL NO BRASIL E SUAS DEMANDAS

No Brasil, a modificação no padrão etário iniciou-se a partir da década de 1960, quando o país registrou altas taxas de fecundidade, e passou a ser mais evidente a partir da década de 1980. Neste período houve uma redução nos índices de fecundidade e de mortalidade, associados a melhores condições de vida e saúde, o que resultou em maior longevidade, sendo expressivo o número de idosos em comparação com as demais faixas etárias (MORAES, 2008; BRASIL, 2014). Desta forma, a pirâmide etária que possuía formato triangular, passa a ter uma base estreita e um vértice alargado, característico das sociedades em acelerado processo de envelhecimento. Em 2008, para cada grupo de 100 crianças de 0 a 14 anos, havia 24,7 idosos de 65 anos ou mais (BRASIL, 2014).

O Ministério da Saúde caracteriza o envelhecimento populacional como a transformação ocorrida na estrutura da pirâmide etária, na qual observa-se um aumento significativo de idosos em comparação com número de crianças e adultos (BRASIL, 2014). Conforme estabelecido na portaria de nº 2.528 de 19 de outubro de 2006 que aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa - PNSPI, considera-se idosa a pessoa com 60 anos ou mais (BRASIL, 2006a).

Esse fenômeno traz desafios para sociedade, como maior necessidade de serviços de saúde, decorrentes da sobrecarga de doenças e incapacidades funcionais crônicas (MORAES, 2008). Associado ao aumento da expectativa de vida e conseqüentemente maiores índices de incapacidade funcional, o processo de transição demográfica, adjunto a mudança no modo de vida das pessoas e na organização social, desencadeia simultaneamente um processo de transição epidemiológica, caracterizado pela alteração do perfil de morbidade e mortalidade. Esse processo evidencia-se pela diminuição das taxas de mortalidade por doenças infectocontagiosas e aumento dos índices de doenças crônicas não transmissíveis. Nas últimas décadas a mortalidade por doenças infecciosas e parasitárias caiu de 46% (em 1930) para 5,3% (em 2005) (BRASIL, 2014).

Conforme o Ministério da Saúde (MS), para 2050, a expectativa é de que, no Brasil, existirão mais idosos do que crianças abaixo de 15 anos, fenômeno nunca observado anteriormente. Esse aumento no número de idosos suscita a necessidade de que os serviços de saúde possam ser organizados com a finalidade de suportar a demanda no que se refere, principalmente, aos procedimentos e as consultas com diversos profissionais (BRASIL, 2006b).

O crescente número de idosos e a maior demanda, por parte da sociedade, por melhorias na qualidade da atenção à saúde representam razões convincentes para que as instituições de saúde atualizem os serviços destinados aos idosos. Uma maneira de obter melhoria dos serviços, seria por meio da implantação e disseminação de padrões específicos de atendimento ao idoso (BOLTZ et al., 2013).

A Política Nacional do Idoso, promulgada em 1994 e regulamentada em 1996, assegura direitos sociais à pessoa idosa, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade e reafirmando o direito à saúde nos diversos níveis de atendimento do Sistema Único de Saúde - SUS (Lei nº 8.842/94 e Decreto nº 1.948/96), (BRASIL, 1996).

A saúde do idoso resulta da interação multidimensional entre saúde física, saúde mental (aspectos cognitivos e emocionais), autonomia, integração social, suporte familiar e independência econômica. Para aqueles que envelhecem, muito mais do que apenas a ausência de doenças, a qualidade de vida deve refletir a manutenção da autonomia, ou seja, da capacidade de determinação e execução dos próprios desígnios. O comprometimento de qualquer uma das dimensões citadas pode afetar a capacidade funcional (capacidade de manter-se independente e

autônomo) do idoso, que passa a ser o paradigma da saúde geriátrica (PARANÁ, 2017).

A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa vem reafirmar que o principal problema que pode afetar o idoso é a perda de sua capacidade funcional, isto é, a perda das habilidades físicas e mentais necessárias para realização de atividades básicas e instrumentais da vida diária (BRASIL, 2006c).

Capacidade funcional é definida como a capacidade do indivíduo para manter as funções físicas e mentais necessárias para conservar sua autonomia e independência, sendo capaz de decidir e atuar em sua vida. Ela tem influência direta na qualidade de vida do idoso. E a incapacidade funcional refere-se perda da capacidade para executar sozinho as tarefas do dia a dia, abrangendo as Atividades Básicas de Vida Diária (ABVD) e Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD) (BERLEZI et al., 2016; BARBOSA et al., 2014).

O Ministério da Saúde recomenda que a manutenção da funcionalidade dos idosos deve ser objeto de programas de saúde, sendo esta uma das ações do decreto nº 8.114, de 30 de setembro de 2013, que estabelece o compromisso nacional para o envelhecimento ativo a afirmação de direitos e do protagonismo da pessoa idosa na promoção de sua autonomia e independência (BRASIL, 2013).

As doenças crônicas frequentes na população idosa, constituem um fator de risco para a incapacidade funcional. O comprometimento da capacidade funcional tem implicações importantes tanto para o idoso e sua família, quanto para o sistema de saúde, uma vez que, ocasiona maior vulnerabilidade e dependência e maior consumo dos serviços de saúde. Portanto, o cuidado do idoso precisa incorporar intervenções terapêuticas que possam minimizar os fatores que interferem na capacidade funcional, promovendo maior autonomia e qualidade de vida para esses pacientes (BARBOSA et al., 2014).

O paciente idoso exige um cuidado diferenciado e a prática do profissional do enfermeiro, se bem realizada, pode ser de grande valia para o paciente e seus familiares, influenciando a percepção e o cuidado do idoso consigo mesmo e suas relações com a sociedade. Cabe ao enfermeiro munir-se de amplo conhecimento para prestar uma assistência efetiva cujo enfoque não esteja apenas no controle de patologias crônicas, mas que garanta a este paciente uma atenção integrada e cercada de cuidados que assegurem o bem-estar e minimizem os agravos inevitáveis (NICOLATO; COUTO; CASTRO, 2016). O idoso está mais propício a

desenvolver patologias diversas, sendo necessários serviços de saúde que identifiquem as necessidades específicas desta população e tracem planos de cuidados e melhorias na qualidade de vida destes (POPIM et al., 2010).

Apesar disso, a maior demanda na atenção em saúde dessa população é o atendimento ambulatorial, que apresenta um grande potencial, juntamente com a atenção primária, na melhoria do estado de saúde e da qualidade de vida desses pacientes além de redução das necessidades de hospitalizações. Torna-se então essencial aprimorar a atenção pública em saúde ao idoso, haja vista que o SUS é responsável pela garantia de assistência de três quartos da população idosa no Brasil (GARCEZ-LEME; LEME, 2014).

3.2 PACIENTE IDOSO SUBMETIDO AO PROCEDIMENTO CIRÚRGICO

Segundo Vendites, Almada-Filho e Minossi (2010) rapidamente vão ocorrendo mudanças no perfil de morbidade e mortalidade que a longo prazo vão gerando incapacidade, dependência na vida diária e perda da autonomia. Neste contexto insere-se o tratamento cirúrgico do paciente idoso, tendo o desafio de resolver ou minimizar situações patológicas, e devolvendo o indivíduo o mais breve possível para sua rotina habitual com possibilidade de reduzir sua funcionalidade.

O processo cirúrgico é um procedimento complexo que provoca alteração de vários mecanismos fisiológicos, contato com medicamentos e materiais que podem ser nocivos ao organismo e, ainda, impõe um grande estresse orgânico. A atenção coordenada de uma equipe multiprofissional ao idoso, que necessita de cuidados intensos, será benéfica a fim de preservar uma boa recuperação do paciente (LEME et al., 2011).

Uma revisão sistemática foi realizada com o objetivo de compreender como o processo sistematizado da cirurgia no idoso vem sendo praticado pelos profissionais de saúde no Brasil, partindo de pressuposto ético e bioético de cuidados de saúde dos indivíduos e da aplicabilidade da legislação brasileira vigente. A partir da análise de 17 artigos, publicados de 2007 a 2017 e que atenderam os critérios de inclusão, percebeu-se a necessidade, por parte dos profissionais de saúde, de conhecer a legislação específica sobre o idoso e refletir sobre aspectos éticos e bioéticos a fim de humanizar o atendimento ao paciente cirúrgico idoso (OLIVEIRA; NAKAJIMA; BYK, 2019).

Pesquisa transversal realizada em um Hospital Universitário, localizado na região Sul do Brasil, para estimar a prevalência de cirurgias em idosos envolveu uma amostra de 723 cirurgias. A média de idade foi de 71,51 anos, sendo que 374 (51,7%) eram idosos do sexo masculino e 349 (48,3%), do sexo feminino. As cirurgias com maior prevalência foram: ressecção de câncer basocelular (18%), revascularizações (7,5%) e colecistectomia (6,2%). Os autores concluíram que grande parte das cirurgias nesta população é consequência de exposição a fatores de risco previsíveis, o que torna fundamental o planejamento do cuidado e pesquisas com foco na prevenção e promoção da saúde (TOMASI et al., 2017).

Estudo realizado entre 2012 e 2013 em hospital de referência no Rio de Janeiro envolvendo a análise de 196 prontuário, observou que 59,7% das cirurgias cardíacas foram feitas em pacientes acima de 60 anos. Constatou-se que fatores modificáveis e não modificáveis ligados ao envelhecimento foram as causas das principais cirurgias: implante valvar aórtico, revascularização miocárdica decorrente de doença arterial coronariana e implante de marca-passo (ENOKIBARA; LAMARCA; ALBUQUERQUE, 2015).

A decisão de um tratamento cirúrgico, seja ele eletivo ou de urgência, engloba uma gama de aspectos relativos à geriatria, dos quais devem estar conscientes o médico cirurgião, o anestesista, o clínico assistente e toda a equipe multidisciplinar envolvida. A incidência de complicações perioperatórias está diretamente relacionada à idade, à presença de comorbidades e à urgência da operação (VENDITES; ALMADA-FILHO; MINOSSI, 2010).

Segundo o *Medical Dictionary*, complicações operatórias são eventos que se desenvolvem após um procedimento, tratamento ou doença. Elas estão ligadas direta ou indiretamente aos procedimentos (risco de procedimentos), tratamentos (efeitos colaterais ou toxicidade) ou doenças (BACKER, 2004).

Em geral, os idosos toleram bem o trauma cirúrgico, quando seus distúrbios orgânicos são bem controlados. Os maiores riscos decorrem de complicações operatórias e de procedimentos emergenciais, cuja mortalidade pode alcançar 35%, enquanto apenas 8% dos muitos idosos vão a óbito após tratamentos cirúrgicos eletivos. Apesar de as pessoas com mais de 70 anos serem submetidas a um número maior de operações programadas e evoluírem com mais adversidades do que as mais jovens, a mortalidade pós-operatória aumenta somente após os 80 anos (PETROIANU, 2008).

Durante a internação hospitalar o idoso submetido a intervenção cirúrgica perpassa por situações estressantes fisiológicas e psicológicas, necessitando de atenção de profissionais qualificados para assisti-lo e incentivá-lo ao enfrentamento positivo da situação vivenciada. No entanto, a pessoa idosa, muitas vezes se mostra em condições de maior vulnerabilidade ao estresse provocado pelo evento cirúrgico, em razão das doenças associadas e déficits fisiológicos, podendo gerar consequências indesejáveis diante da cirurgia (SPERANZINI; DEUTSCH, 2005).

Trabalho realizado com o intuito de avaliar o nível de estresse em idosos submetidos à cirurgia eletiva geral ou digestiva, no pré e pós-operatório, envolveu de 64 pacientes com idade igual ou superior a 60 anos. Verificou-se a presença de estresse no pré-operatório (64,1%), e 59,7% no pós-operatório. Os autores concluíram que os pacientes idosos submetidos à cirurgia eletiva geral ou digestiva se apresentaram estressados tanto no pré quanto no pós-operatório, salientando-se que o sexo feminino foi o que apresentou maior nível de estresse (CAVALCANTI; JUCÁ, 2016).

Deve-se ressaltar que os idosos constituem um grupo heterogêneo de indivíduos e que a idade biológica, a qual traduz o estado funcional do paciente, é mais importante que a idade cronológica propriamente dita. Uma hospitalização pode resultar em tamanha perda funcional que torna necessária liberação para um serviço de “cuidados especiais de enfermagem” no momento da alta hospitalar. É importante lembrar a inexistência de índices específicos para a população idosa e que é a experiência da equipe, o conhecimento da estrutura do serviço, a habilidade e o conhecimento do cirurgião - além de um bom entrosamento da equipe multidisciplinar - que determinarão o prognóstico mais próximo do resultado a que se chegará (VENDITES; ALMADA-FILHO; MINOSSI, 2010).

Para Oliveira, Nakajima, Byk, (2019, p. 309) “o cuidado se inicia antes da cirurgia, quando o paciente toma ciência da necessidade do procedimento, passando pela admissão no bloco cirúrgico e chegando enfim à alta”. Se faz necessário que seja dada especial atenção ao paciente desde o pré-operatório, porquanto é nesse período que ocorre o planejamento individualizado e abrangente e a quebra de medos e da ansiedade, porquanto é nesse período que ocorre o planejamento dos cuidados individualizados. A maneira de conduzir o pré-operatório, influenciará a decisão final do idoso de aceitar se submeter ao procedimento cirúrgico ou não. “Caso o processo não seja bem conduzido, o temor da morte e da

perda de autonomia pode criar problemas no convívio familiar e social, predominando a percepção do futuro como incerto”.

3.3 CONSULTA DE ENFERMAGEM PRÉ-OPERATÓRIA AMBULATORIAL

A Enfermagem é a arte do cuidar, e o cuidado humano representa a essência do viver humano. Exercer o autocuidado é uma condição humana, o cuidar do outro sempre representa uma condição temporária, na medida em que o outro está impossibilitado de se cuidar, incentivar o autocuidado e estabelecer estratégias para tal é um dever profissional que dá ao paciente orientação e segurança (GONÇALVES; ALVAREZ; SANTOS, 2005).

É por meio da relação cliente-enfermeiro, que as reações emocionais, como medos, anseios, angústias, apresentados pelo paciente podem eliminados por meio da escuta ativa, esclarecimentos de dúvidas e cuidados individualizados (MAFETONI; HIGA; BELLINI, 2011)

Para que a assistência de enfermagem de uma forma geral seja realizada de maneira correta, é necessária a implementação de ações que apoiem e priorize os cuidados de enfermagem individualizados de acordo as necessidades. Uma ferramenta útil de implementação é a sistematização da assistência de enfermagem no período cirúrgico (SAEP), que pode iniciar na etapa pré-operatória e se estender até o pós-operatório, em que a enfermagem deve estar sempre presente, observando, idealizando ações e intervindo se necessário, visando o bem-estar do paciente (ASCARI et al., 2013).

Os cuidados de enfermagem são indispensáveis para melhoria do estado de saúde das pessoas, quer quando a intervenção se dirige à manutenção ou a obtenção de estilos de vida saudáveis, quer quando em situação de doença que se encaminham a aquisição do bem-estar ou à promoção da independência (SANTOS et al., 2013).

Outro aspecto relevante do cuidado de enfermagem ao idoso é que ele precisa ser construído a partir do planejamento das ações considerando o seu contexto socioeconômico e cultural, bem como sua história de vida (BOLTZ et al., 2013). Sendo apontados como objetivos principais a promoção do viver saudável, o fortalecimento de seus potenciais e capacidades, compensação de limitações e incapacidades, visando à redução do seu grau de dependência para realização das

Atividades da Vida Diária (AVDs) (GONÇALVES; TOURINHO, 2012; FREITAS; PY, 2013).

No Brasil, a Resolução 358/2009, do Conselho Federal de Enfermagem, dispõe sobre a SAE e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes públicos ou privados, no qual ocorra o cuidado profissional de enfermagem. O Art. 3, dispõe que o Processo de Enfermagem deve estar baseado em suporte teórico que oriente a coleta de dados, o estabelecimento do diagnóstico de enfermagem e o planejamento das ações ou intervenções de enfermagem, e que forneça a base para avaliação dos resultados de enfermagem alcançados (COFEN, 2009).

A primeira resolução do Conselho Federal de Enfermagem sobre a consulta de Enfermagem ocorreu em 1986, sendo esta privativa do enfermeiro (BRASIL, 1986). Conforme Martins et al. (2013) durante a consulta de enfermagem, se deve considerar as faces do processo de vida, e as peculiaridades do envelhecimento humano, com o intuito de entender que pessoas idosas podem precisar de cuidados específicos para manutenção de uma vida saudável e como proporcioná-los.

Conforme a resolução do Cofen 159/1993, na consulta de enfermagem são utilizados componentes do método científico para identificar situações de saúde/doença, prescrever e implementar medidas de Enfermagem para a promoção, prevenção, proteção da saúde, recuperação e reabilitação do indivíduo, família e/ou comunidade (COFEN, 1993).

A consulta de enfermagem é uma modalidade assistencial necessária, pois, permite um acompanhamento sistematizado do paciente, favorece o vínculo com a comunidade, o trabalho multiprofissional e o relacionamento interpessoal do profissional com o paciente e familiares (OLIVEIRA; TAVARES, 2010). Ela se constitui de uma prática que visa proporcionar um cuidado diferenciado ao paciente, sendo marcada pela atenção integral e pelo levantamento das necessidades que influenciam as situações de saúde e doença e interferem diretamente no bem-estar da população atendida (SCAIN et al., 2013).

Segundo Ferreira Junior e Benedet (2012) os cuidados de enfermagem ao paciente cirúrgico compreendem três períodos: o pré-operatório que inicia quando é tomada a decisão da intervenção cirúrgica e termina com a entrada do paciente na sala de cirurgia, sendo subdividido em pré-operatório mediato e pré-operatório imediato. O período transoperatório começa quando o indivíduo entra na sala de cirurgia e após é transferido para a sala de recuperação pós-anestésica. A fase pós-

operatória começa com a sua admissão na sala de recuperação anestésica e finaliza com a alta clínica ou domiciliar, sendo esta fase subdivida em: pós-operatório mediato e imediato.

Estudo realizado na fase pós-operatória de um hospital privado localizado na cidade de Vitória da Conquista, Bahia, envolveu 39 pacientes. O estudo mostrou que, a carência de informações/orientações prestadas pelo enfermeiro na fase pré-operatória dificulta o entendimento e provoca equívocos. Neste sentido há uma necessidade de implementação de novas práticas, visando um atendimento qualificado e minimizando possíveis complicações (ROCHA; IVO, 2015).

A consulta de enfermagem na atenção ambulatorial visa contemplar aspectos subjetivos dos pacientes, bem como, a escuta ativa dos cuidadores. O enfermeiro precisa utilizar-se de seus conhecimentos e adequá-los à realidade dos clientes, tendo ciência de que existem diversos perfis de pacientes, como por exemplo, a população idosa que possui especificidades que devem ser consideradas (MACÊDO; SENA; MIRANDA, 2013).

Ressalta-se que a consulta de enfermagem ambulatorial é um instrumento com metodologia própria e sistematizada, pertinente à prática profissional do enfermeiro e embasada em um corpo de conhecimentos próprios, garantindo autonomia e independência do profissional (POPIM et al., 2010). Em uma revisão sistemática que avaliou o atendimento ambulatorial centrado em enfermeiros, verificou-se que estes atendimentos tiveram um impacto na satisfação do cliente e melhoria do acesso ao cuidado de saúde nos pacientes (RANDALL et al., 2017).

Modelos de avaliações geriátricas pré-existentes estão disponíveis, entretanto nem sempre são aplicados corretamente devido aos fatores como falta de treinamento dos profissionais, insuficiência nos recursos e tecnologias e incompatibilidade com o perfil dos pacientes. É necessária a criação de modelos factíveis conforme a realidade dos serviços, da população e dos contextos onde estão inseridos (LI et al., 2013).

Saliente-se que na consulta pré-operatória ambulatorial se faz necessário estabelecer uma comunicação efetiva entre enfermeiro/paciente, para compreender o paciente integralmente, procurando entender sua visão de mundo e suas atitudes. É imperativo buscar o conhecimento para direcionar o uso da comunicação nas diversas situações do cuidar. Se tratando de idosos os profissionais devem utilizar recursos adequados para o atendimento desse público, bem como realizar ações de

acordo com o perfil populacional, visando, assim, implementar uma assistência eficaz. Isso exige capacitação dos profissionais para que tenham uma visão diferenciada em relação ao idoso, objetivando não apenas promover a longevidade do ser humano, mas proporcionar a essa população um envelhecimento saudável, com um atendimento voltado para a manutenção e a adaptação de sua rotina (OLIVEIRA; TAVARES, 2010).

A intervenção cirúrgica representa uma ameaça na vida de qualquer pessoa, pois envolve uma carga emocional específica e diferenciada, tendo em vista que a cirurgia é um evento muitas vezes não-esperado, que interrompe o ciclo normal de desenvolvimento e de vida do indivíduo. Os momentos que antecedem a cirurgia podem ser vivenciados pelo paciente de uma forma dramática e assustadora. O medo do desconhecido é a principal causa da insegurança e da ansiedade do paciente pré-cirúrgico. Com relação às fantasias vivenciadas pelos pacientes, as mais frequentemente encontradas são com relação à anestesia e à recuperação (FIGHERA; VIERO, 2005).

Ao saber que necessita de uma intervenção cirúrgica o paciente enfrenta uma série de dúvidas sobre a cirurgia cabendo aos profissionais de saúde esclarecê-lo, auxiliando no preparo pré-cirúrgico, contribuindo para que o paciente passe por este período de modo mais tranquilo, com menos ansiedade e estresse (SILVA, 2014).

Pesquisa qualitativa descritiva realizada por Garcia et al. (2014), em um hospital universitário do norte do Paraná, objetivou identificar o significado do cuidado perioperatório para pacientes idosos. Observou-se a singularidade dos significados de cuidado expressos e que estes influenciam no tratamento. A comunicação adequada pela equipe de saúde mostrou-se como importante estratégia para proporcionar maior conforto.

A dimensão afetiva torna-se visível na humanização do cuidado, que precisa impor confiança. Para isso, são relevantes a comunicação efetiva, o trato carinhoso, gentil e compreensivo, o toque, a fala, a escuta, o olhar e o apoio ao paciente – em síntese, deve-se mostrar interesse pelo paciente (OLIVEIRA; NAKAJIMA; BYK, 2019)

Silva (2014) assevera que a consulta de enfermagem contribui de forma esclarecedora aliviando a ansiedade, respondendo as dúvidas do cliente acerca de todo o processo cirúrgico. Colaborando também com avaliação de exames, preparo

psicológico, orientações quanto ao preparo pré-operatório físico e cuidados com a pele da região cirúrgica, tornando assim este processo menos traumático e doloroso.

A consulta de enfermagem é uma modalidade de assistência que permite fazer o acompanhamento das mudanças no estilo de vida, tão necessárias para o controle da doença (MANZINI; SIMONETTI, 2009).

Um estudo realizado junto aos pacientes de cirurgias eletivas, ressaltou a necessidade de realizar a consulta de enfermagem no período pré-operatório, antes da internação do paciente, com o objetivo de avaliar o paciente, orientando-o quanto aos passos da internação. Bem como esclarecendo como transcorre o período pré, trans e pós operatório, para que o paciente tenha ciência dos procedimentos e rotinas a que será submetido, o que contribuiria para tornar este processo mais tranquilo (CHRISTÓFORO; CARVALHO, 2009).

Por meio da consulta de enfermagem no pré-operatório o enfermeiro tem a oportunidade de identificar e intervir junto aos medos e anseios do paciente e de sua família ou acompanhante. Um estudo que trabalhou com as representações sociais de pacientes de cirurgias ambulatoriais, constatou que a consulta de enfermagem tem se apresentado como um fator de segurança e confiabilidade da família (GOMES et al., 2012). O trabalho que o enfermeiro desenvolve por meio da Consulta de Enfermagem, tem o intuito de melhorar a qualidade de vida e preparar o paciente para o autocuidado.

3.4 O PROCESSO DE ENFERMAGEM E A CONSULTA PRÉ-OPERATÓRIA

As atividades assistenciais que envolvem o cuidado focado no paciente englobam empatia, compaixão, capacidade de resolução às necessidades, valores e opções expressas por cada paciente. Assim, profissionais da saúde, pacientes e seus familiares são atores que devem trabalhar de forma conjunta para o sucesso da terapia implantada (MACHADO, 2016)

Um dos papéis essenciais do enfermeiro no processo de acompanhamento está relacionado ao ensino, uma vez que se torna o elo entre os familiares e a equipe multidisciplinar, sendo um instrumento de comunicação efetiva com os acompanhantes e familiares. O processo de ensino direcionará a conduta do enfermeiro ao promover intervenções no comportamento dos pacientes, levando a

mudanças de hábitos, valores, crenças, são práticas necessárias para a realização e acompanhamento do processo cirúrgico (MARANDOLA et. al, 2011).

Marandola et al. (2011) afirmam que a participação ativa no tratamento e a continuidade do cuidado depende da sensibilização e mobilização dos pacientes a partir do desenvolvimento de habilidades ligadas ao seu autocuidado, ou seja, o enfermeiro se vale de um trabalho de conscientização e tomada de decisão na implantação de uma série de medidas que garantirão o sucesso de todo o processo operatório. Por meio da educação, é possível incutir valores e agregar conhecimento através da promoção de mudanças na vida do paciente e de seus familiares que impactarão positivamente em sua saúde.

Estudo de revisão integrativa da literatura desenvolvido por Oliveira et al. (2012), sobre a produção científica referente a consulta de enfermagem, revelou que esta ferramenta viabiliza o trabalho desenvolvido pelo enfermeiro na orientação do processo de tomada de decisão. Também facilita a percepção de diversos problemas, e do estabelecimento das melhores técnicas a serem utilizadas na abordagem apropriada às demandas e anseios apresentados pelo paciente.

Os autores acima citados, asseveram também que nesse âmbito, a enfermagem se vale de instrumentos técnicos e científicos para formalizar o seu atendimento e embasar as suas práticas na busca de uma afirmação e fortalecimento da enfermagem enquanto ciência. Observou-se nos últimos anos um aumento na quantidade de estudos referentes a utilização da consulta de enfermagem, consolidando o papel que esta apresenta no processo empírico mais seguro e respaldado de formação do profissional e na melhoria da assistência prestada (OLIVEIRA, et al 2012)

Oliveira et al (2012), verificaram nos artigos pesquisados, que há uma diversidade de funções e práticas atribuídas a atividade do enfermeiro durante o processo de consulta, resultante da complexidade do que envolve o próprio modo de cuidar em si, mas reforçando sua principal função na assistência: a de educador em saúde.

Na revisão destacaram-se os temas relacionados a consulta de enfermagem, demonstrando os principais desafios enfrentados por estes profissionais em detrimento de um avanço das pesquisas neste âmbito tais como: fatores intervenientes da consulta de enfermagem com agendamento, espaço físico, tempo, grande quantidade de pacientes, custo das consultas, avaliação dos registros

de enfermagem, importância do uso de roteiros, entrevistas nas consultas, comunicação, sistematização da assistência de enfermagem, significado da consulta de enfermagem e importância da consulta para a redução de complicações (OLIVEIRA et al., 2012).

O processo de enfermagem (PE), norteia a execução das atividades de cuidado preconizadas pela enfermagem. Por meio dele é possível fazer um levantamento de dados clínicos do paciente através de uma anamnese correta e completa que embasam o diagnóstico clínico e servem de referencial metodológico para a assistência ambulatorial de pacientes cirúrgicos. Autores defendem a elaboração e aplicação de protocolos a partir do desenvolvimento de habilidades específicas dos enfermeiros como forma de registrar e repensar a prática profissional (OLIVEIRA et al., 2012; ALVIM, 2014; ALFARO-LÉFEVRE, 2014).

Um desses modelos categoriza quatro etapas na contribuição de um protocolo de consulta: histórico de enfermagem, levantamento das necessidades humanas de saúde, prescrição e evolução de enfermagem. A consideração de práticas com visão interdisciplinar do processo e uma qualificação nos registros de enfermagem podem contribuir na melhoria dos cuidados prestados (OLIVEIRA et al., 2012; ALVIM, 2014; ALFARO-LÉFEVRE, 2014).

Ainda, o processo de enfermagem apresenta como diferencial o caráter pedagógico, denotando a possibilidade de construção de conhecimento coletivo. O PE precisa propiciar ocasiões de reflexão envolvendo os profissionais, “incentivando uma reflexão sobre valores que envolvem o cuidado do paciente, passando a ser planejado e implementado por meio de um processo integral, que reconhece a importância da comunicação entre os profissionais e com os pacientes” (TRESCHER, 2018, p. 40).

Oliveira et al. (2012) enfatizam que a consulta de enfermagem pode ser aperfeiçoada e embasada pela construção de protocolos específicos para cada situação. Pois estes implicam satisfatoriamente na autonomia do profissional que pode desenvolver medidas e técnicas individualizadas no processo de autocuidado, além de ampliar a visão e entendimento dos desdobramentos saúde-doença. Muitas são as vantagens das consultas para os pacientes como acolhimento, esclarecimento de dúvidas sobre o tratamento, os cuidados, fortalecimento do vínculo enfermeiro-paciente, satisfação biopsicossocial, sentimento de segurança que as consultas desenvolvem, conhecimentos sobre a promoção e recuperação da

saúde além da redução de complicações e danos para os pacientes sejam eles físicos ou emocionais.

A minimização de fatores de riscos para o paciente se torna real a partir da análise do enfermeiro da condição sociocultural assegurando que os cuidados e orientações foram devidamente assimiladas e seguidas pelos pacientes, aperfeiçoando o autocuidado, reduzindo a reincidência ambulatorial e as internações hospitalares recorrentes. A efetividade dos procedimentos cirúrgicos e a continuidade do tratamento podem ser maximizados pelo trabalho desenvolvido pela enfermagem (OLIVEIRA et al., 2012)

Sousa, Pedroso e Ferreira (2017) relatam a importância do enfermeiro no processo de consulta a pacientes pré-operatórios, diante da demanda de um atendimento e promoção de cuidado de forma holística. Seu diferencial de educação em saúde possibilita proporcionar ao paciente mais segurança e clareza no período pré-operatório, marcado por fragilidades, ansiedade, medo e vulnerabilidades. Por meio de técnicas gestoras de cuidado, a consulta de enfermagem pré-operatória tem o objetivo de auxiliar o processo operatório, implementando medidas de preparo dos pacientes, melhorando a qualidade da assistência prestada durante as fases que envolvem a realização de uma cirurgia.

Neto Teixeira e Barbosa (2008) também abordam a característica educativa do trabalho do enfermeiro na fase pré-cirúrgica como um agente transformador desse processo, à medida que estes vem adotando novas alternativas de assistência e aprimorando de novas metodologias baseadas em um saber científico de cuidado. Por meio da educação, desenvolve um trabalho de conscientização dos pacientes e familiares e mobilização de membros da equipe em prol da promoção, recuperação e manutenção da saúde, redução do tempo de hospitalização e gastos hospitalares. Cabe ao enfermeiro a Sistematização e registro das informações e conhecimentos relativos ao preparo cirúrgico, bem como a boa interface com os membros da equipe multidisciplinar, trazendo à tona a importância dos cuidados de enfermagem para o processo operatório.

Pelarigo (2019) argumenta que as ações de enfermagem na consulta pré-operatória têm por objetivo central levantar as condições físicas e psicológicas dos pacientes, preparando o para o momento da cirurgia na tentativa de manter o máximo possível de sua capacidade funcional. Assim, as consultas de enfermagem são vantajosas para a comunidade à medida que institui medidas favoráveis

condizentes aos sentimentos de cada paciente, atuando no sentido de minimizar os riscos e impactos negativos que toda a preparação cirúrgica possa trazer ao usuário devido a maior vulnerabilidade de alguns grupos. Desta forma a consulta de Enfermagem permite estabelecer uma relação com o paciente e a família, levantar e analisar os anseios e expectativas deles, constitui o paciente no ambiente cirúrgico até então desconhecido por ele além de relacionar o ensino com a intervenção prática.

A enfermagem perioperatória centra-se na proteção da integralidade da pessoa em situação de vulnerabilidade; identificação das principais necessidades em cuidados de enfermagem, efetividade diagnóstica do risco e prevenção de complicações; demonstração em ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de Enfermagem; responsabilidade profissional e no compromisso na garantia da qualidade dos cuidados em saúde (PELARIGO, 2019, p. 26).

Nesse contexto, um modelo adequado de consulta pré-operatória precisa englobar meios que viabilizem um processo de intervenção planejado, organizado, individualizado e contínuo que garantam resultados satisfatórios em todo o processo cirúrgico, com vistas ao controle da qualidade e da satisfação dos pacientes (PELARIGO, 2019).

Trescher (2018) traz considerações pertinentes a respeito da consulta de enfermagem. Afirma que ela, atua de forma significativa no preparo do paciente para o momento da cirurgia, pois facilita as práticas da equipe multiprofissional e embasa as intervenções diagnósticas e terapêuticas. Os dados levantados, portanto, devem constar no prontuário do paciente como forma de registro das avaliações desenvolvidas, efetivando a comunicação entre a equipe. Elas servem também de matéria legal para os profissionais de Enfermagem, resguardando as suas atuações e fomentando a ética no trabalho e a biossegurança do paciente. A utilização da sistematização da assistência de enfermagem também consolida esta prática na promoção de uma consulta de enfermagem diferenciada, que possa ser adaptada, individualizada e efetiva.

Diversos são os benefícios e contribuições observados na adoção e aplicação da consulta de enfermagem pré-operatória, dentre esses diminuição a angústia dos pacientes, possibilitando uma maior colaboração dos mesmos no processo cirúrgico. Espera-se uma postura favorável dos pacientes no enfrentamento do processo cirúrgico, aumento da condição e tranquilidade, diante da insegurança da cirurgia.

Também, é essencial a criação de uma relação empática entre enfermeiro e paciente o que permite uma modificação positiva do quadro inicial do tratamento, esclarecimento e preparo dos pacientes a nível físico e emocional. A diminuição da ansiedade antes da cirurgia, percepção e consideração do paciente enquanto sujeito transformador do seu processo de reabilitação e cura, rapidez no processo de recuperação e elevação da autoestima, minimização dos fatores estressantes do processo cirúrgico (MENDES et al. 2005; LIMA, 2007; CHRISTOFORO; CARVALHO, 2009; PERRANDO et al, 2011; TRESCHER, 2018).

Como aportes da consulta de enfermagem, os autores anteriormente citados, também apontam a promoção e realização de uma cirurgia mais tranquila e segura, a ampliação do conhecimento acerca do paciente cirúrgico, levantamento de mais aspectos relativos à cirurgia, orientação e capacitação dos cuidados pós cirúrgicos, ampliação do reconhecimento e da satisfação profissional. Todas as ações elencadas pelos diferentes autores, buscam uma relação de respeito mútuo e consideração dos membros envolvidos no processo cirúrgico, desenvolvendo nos pacientes um sentimento de responsabilidade e autonomia sobre sua própria saúde no que tange as suas próprias escolhas e tomada de decisão sobre seu bem estar (MENDES et al, 2005; LIMA, 2007; CHRISTOFORO; CARVALHO, 2009; PERRANDO et al, 2011; TRESCHER, 2018).

Para Machado (2016) a escassez de informações relacionadas ao paciente pode prejudicar o processo operatório. Assim a atenção pré-operatória contribui no levantamento do histórico pregresso de cirurgias do paciente, alergias medicamentosas, e outras informações relevantes para o sucesso do procedimento. Vale destacar que uma conversa informal sempre pode ser benéfica nesses casos, à medida que o paciente se sentirá mais à vontade para externalizar suas vontades e intimidades, devendo o profissional estar atento a toda e qualquer informação que possa contribuir para o processo. Ao discorrer sobre suas experiências e vivências, o paciente será capaz de expor sua percepção e avaliação dos métodos adotados, interferindo e participando ativamente da conduta, sendo o diálogo um importante e valioso momento de orientação dos cuidados necessários.

A consulta de enfermagem no qual o profissional de enfermagem será responsável pelo acolhimento, avaliação, orientação e acompanhamento durante todo o processo pré-operatório é dividido em cinco etapas que permite ao profissional, a partir de uma coleta de dados embasada teoricamente e consistente

sobre as condições clínicas do paciente, traçar um perfil do investigado, elaborar um diagnóstico de enfermagem preciso, idealizar medidas de intervenção e planejamento que possam orientar o alcance dos resultados esperados. As fases compreendem a coleta de dados, diagnóstico de enfermagem, planejamento, implementação e avaliação. A elaboração de um protocolo passa por diversas fases uma vez que variáveis importantes precisam ser consideradas e vertentes diferenciadas precisam ser analisadas como condições do paciente, compreensão do mesmo sobre o processo, disponibilidade de recursos materiais, colaboração dos familiares, estilo de vida, dentre outros (MARANDOLA et al., 2011).

3.5 PROTOCOLOS DE ENFERMAGEM

Paes e Leite (2013) consideram que a utilização de protocolos assistenciais pela enfermagem corresponde a busca pelas contribuições da tecnologia no processo de cuidado, como forma de enriquecer essa prática e destacar um diferencial no atendimento. São algumas características e benefícios desses protocolos levantados pelos autores: aplicação de uma tecnologia leve-dura, devem ser organizados de maneira integrada e sistemática, adotam um saber fazer diferenciado à medida que conseguem adequar a necessidade do paciente quanto sua condição clínica. Bem como precisam ser ferramentas auxiliares no processo de tomada de decisão, possibilitando um melhor gerenciamento do cuidado por parte da enfermagem, ampliam a capacidade de atuação do próprio enfermeiro ao desenvolver mecanismos facilitadores de trabalho produtores de conhecimento dentro da área.

Os protocolos são documentos utilizados na gestão do conhecimento intermediando o trabalho dos gestores e profissionais de saúde, atuando tanto na resolutividade de problemas nas demandas do cotidiano, como em conflitos existentes no interior dos serviços de saúde. Vale destacar que, mesmo diante da ampla aplicabilidade dos protocolos, eles podem apresentar limitações ao focar apenas em procedimentos e rotinas preestabelecidos de trabalho e não corresponder as reais demandas clínicas diversas existentes (WERNECK; FARIA; CAMPOS, 2009).

Alves et al. (2014) colocam que os protocolos de enfermagem surgiram de uma necessidade de enfrentamento de problemas e desafios verificados nos

processos de trabalho da enfermagem, que passavam por dificuldades na assistência ao paciente, haja vista seu compromisso ético com a segurança e o bem-estar do usuário.

Segundo Werneck, Faria e Campos (2009) os protocolos podem ser classificados como clínicos ou de organização do serviço. Os protocolos clínicos são documentos fundamentados em evidências científicas e pautados em conhecimentos e tecnologias eficientes, destinados à resolução de diversos problemas que podem surgir no interior de um sistema de saúde. Com objetivos meramente clínicos voltados a prática de promoção, educação, prevenção e cuidado na saúde, devem representar a melhor forma na tratativa da demanda conflitante em questão à medida que se apresenta mais positiva em relação as demais. Os protocolos de organização de serviços correspondem as rotinas de trabalho, demandas administrativas e de organização das atividades de uma determinada equipe, em uma unidade de saúde, organizam os processos de avaliação e controle de serviços, contribuindo para a melhoria e eficiência das equipes e das demandas da gestão organizacional.

Ainda, a elaboração de um bom protocolo deve observar acima de tudo, a relação com o problema a ser enfrentado. Deve-se conhecer a fundo a demanda existente para que se possa escolher, desenvolver e empregar a melhor tecnologia ou processo capaz de atender o objetivo proposto e capaz de impactar positivamente na qualidade do serviço de saúde. Eles podem representar novos meios de produção ao adequar novas práticas e hábitos de trabalho ou aprimorar ações anteriores dando continuidade ou direcionamento mais eficiente (WERNECK; FARIA; CAMPOS, 2009)

Alves et. al. (2014) consideram os protocolos de cuidados de saúde, e, por conseguinte, os protocolos de enfermagem como instrumentos de integração de prática e pesquisa, a fim de direcionar ações de cuidado em enfermagem e contribuir para a gestão dos espaços de saúde. Eles colaboram na formalização dos caminhos da boa conduta em saúde, otimizando fluxos, recursos e procedimentos, além de ser mais uma alternativa de fortalecimento da qualidade dos serviços prestados e garantia da autonomia profissional. Dessa forma, os protocolos são importantes aliados na prática da enfermagem à medida que promovem o fortalecimento da profissão enquanto ciência, profissão e meio de cuidado intermediando as ações cotidianas a pesquisa em saúde, empregando termos e

medidas científicas, metodologias que melhoram a qualidade de vida das pessoas e o bem-estar dos pacientes. A autonomia profissional dos enfermeiros e o empoderamento de suas práticas por meio do saber fazer.

Diante do levantamento teórico realizado por Alves et al. (2014, p.179) elencou-se os principais atributos e conceitos empregados pela literatura vigente aos protocolos de enfermagem:

instrumentos que apresentam metas, recursos que guiam o enfermeiro, instrumento de educação do usuário, discriminação, minuciosamente, das orientações para a enfermagem, padronização do cuidado, Ferramentas de atualização, recomendações sistemáticas para o manejo de problemas de saúde, ferramenta tecnológica, elemento que possibilita a linha de base para os padrões de saúde, e estrutura científica para a coordenação do cuidado.

Alves et al. (2014) também destacam a qualidade norteadora, científica e padronizada dos protocolos de enfermagem, à medida que a maioria dos conceitos englobam modelos sistemáticos, normativos a partir de um caminho metodológico adequado a cada situação, construído em bases científicas na orientação do cuidado, assistência e segurança ao paciente. A aplicação de protocolos traz inúmeros benefícios à saúde da população, desde a adequação de modelos internacionais à dinâmica brasileira e adoção dos mesmos pela enfermagem. São observados impactos positivos a saúde e gestão do trabalho na melhoria na recuperação dos pacientes, alteração dos hábitos e comportamentos, maximização da qualidade assistencial prestada pela enfermagem com redução dos fatores de risco.

Os protocolos também promovem o aprofundamento e aquisição de novos saberes e conhecimentos, a auto gestão do trabalho por parte dos enfermeiros, ampliação da imagem e visibilidade dos profissionais, fortalecendo a integração das áreas de atuação da enfermagem como pesquisa, assistência e educação continuada, aumento da eficiência e efetividade do cuidado. Bem como, impulsionar melhorias da comunicação e possibilidade de reflexão, análise dos processos e práticas de cuidado, além de facilitar as rotinas de trabalho e assistência aos pacientes (ALVES et al., 2014).

Segundo Pimenta (2014, p. 3) protocolo é:

a descrição de situação específica de assistência/cuidado, que contém detalhes operacionais e especificações sobre o que faz, quem faz e como faz, conduzindo os profissionais para as decisões de assistência, provendo prevenção, recuperação ou reabilitação da saúde. Pode parecer ações de avaliação/ diagnóstica ou de cuidado/tratamento, como o uso de intervenções educacionais, de tratamentos com meio físico, de intervenções emocionais, sociais e farmacológicas independentes de enfermagem ou compartilhadas com outros profissionais. Um protocolo contém vários procedimentos.

Desta forma, os protocolos são instrumentos legais, e à medida que desenham os procedimentos de trabalho, oficializam condutas e técnicas a serem adotadas, determinam limite de ações e cooperação entre os profissionais envolvidos, pautado no estabelecimento de práticas e ações baseadas em evidências científicas a partir de um levantamento de literatura pertinente e embasado. Os protocolos devem respeitar as determinações legais vigentes a âmbito Federal, Estadual e Municipal, Conselhos e Sindicatos de classe, a partir da aprovação pelos responsáveis técnicos e da descrição das atribuições e competências dos profissionais de enfermagem em todas as etapas do processo para garantir a segurança da atividade e da assistência ao paciente (PIMENTA, 2014).

Pimenta et al. (2014), asseveram que os protocolos de enfermagem necessitam estar amparados pelos aspectos legais que os regulamentam, a exemplo do disposto no Conselho Federal de Enfermagem. Vale ressaltar que a ampliação da atividade do enfermeiro e as diversas demandas e necessidades que se apresentam na rotina diária de trabalho. Bem como a necessidade de aquisição de novos métodos de atuação. Eles exigem dos profissionais uma sensibilidade quanto a percepção de novas oportunidades, possibilidades e estratégias, na resolução de problemas de forma criativa, segura, legal e ética.

Assim, os protocolos não invalidam ou anulam a autonomia e responsabilidade do profissional diante de suas atitudes, devendo agir de forma ética e coerente a cada situação. Os protocolos norteiam e orientam a atividade do profissional, e não seguir essas determinações podem implicar em diversas consequências para sua atuação. Em contrapartida, profissionais com pouca experiência poderão se apoiar nos protocolos como forma de assegurarem uma prática mais segura e correta, validando uma das funcionalidades dos protocolos (PIMENTA et al., 2014).

Marandola et al. (2011) afirmam que a construção de um protocolo de consulta de enfermagem em paciente pré-operatório é um processo dinâmico e complexo, pois deve ser acompanhado em sua implementação. A fim, de propiciar a participação e o envolvimento do paciente nesse processo, como forma de captar suas necessidades e adequar o instrumento utilizado. O primeiro passo para a elaboração de um protocolo diz respeito ao levantamento da bibliografia pertinente sobre o assunto, seleção do material mais adequado a cada prática clínica e análise da literatura que fundamenta e justifica a aplicação do instrumento em questão.

A não adoção de procedimentos com fundamentação científica e normatização técnica podem representar riscos à segurança do paciente que estarão mais vulneráveis no processo cirúrgico e sujeitos a avaliações equivocadas. São algumas condições observadas e que podem comprometer a segurança do paciente durante o tratamento (MACHADO, 2016, p. 17):

reconhecimento do estresse, como a fadiga dos profissionais de saúde devido a carga excessiva de trabalho, a escassez de recursos humanos, as dificuldades na comunicação entre os profissionais, as relações interpessoais falhas, os erros de julgamento, a falta de atenção e o estado emocional dos profissionais.

A aplicação de protocolos de consulta condizentes com a SAE, representam um veículo de mudança e transformação da prática clínica à medida que o enfermeiro, por meio de uma relação mais íntima e aproximada com o paciente, pode levantar observações do seu comportamento e estilo de vidas cruciais para o sucesso terapêutico. Nesse âmbito, se preconiza a participação ativa do paciente nas práticas de autocuidado por meio de uma abordagem individualizada e personalizada que pode se tornar ainda mais eficiente através de construção de protocolos orientados pela Sistematização da Assistência de Enfermagem. A utilização de protocolo nas consultas pré-operatórias durante o processo de enfermagem, permite que o paciente esteja mais amparado e os objetivos sejam mais facilmente alcançados (SOUSA; PEDROSO; FERREIRA, 2017).

Vasconcelos et al. (2014, p. 35), em seu estudo sobre a elaboração de um protocolo de sistematização da assistência de enfermagem, chamam a atenção para o seguinte aspecto:

apesar de um número significativo de enfermeiros concordar com a necessidade de sistematizar o atendimento nos cenários de atuação profissional, a adesão ao método ainda é pequena devido as dificuldades encontradas para a sua implementação, entre as quais se pode exemplificar: sobrecarga de funções, insuficiência quantitativa de profissionais, instrumentos gerenciais e assistenciais inadequados, necessidade de atualização dos conhecimentos científicos e reduzida autonomia da enfermagem. Mesmo diante das dificuldades vivenciadas pelos enfermeiros, diversos estudos descrevem que os roteiros e protocolos destinados a consulta em enfermagem auxiliam na coleta de dados relevantes, reduzindo o tempo destinado ao registro da assistência prestada; possibilitam ainda correlacionar diagnósticos e prescrições de enfermagem, norteados a assistência que será prestada aos sujeitos.

A pesquisa realizada por Cúrcio, Lima e Torres (2009) sobre a elaboração de um protocolo de consulta de enfermagem para pacientes diabéticos, considerou que a construção de um protocolo deve versar sobre condições que busquem alcançar uma excelência no cuidado e na atividade profissional do enfermeiro, num acompanhamento contínuo do paciente, facilitando os ajustes clínicos e aprimorando a comunicação multidisciplinar. O processo de enfermagem, enquanto um método clínico e científico reconhecido e regulamentado que pode ser consultado por outros profissionais assistenciais, rege a produção da consulta de enfermagem e de seus protocolos, por meio do qual o enfermeiro analisa de forma lógica diversas possibilidades que se apresentam diante de uma problemática, ao utilizar o raciocínio clínico para registrar e orientar o processo de tomada de decisão.

Vale ressaltar alguns aspectos importantes a serem avaliados na elaboração de um protocolo, apontados por Cúrcio, Lima e Torres (2009): fatores individuais que podem afetar a abordagem e o acompanhamento do paciente como características pessoais e culturais, caracterização sociodemográfica, dados relacionados a doença e sua percepção sobre seu processo patológico representando seu estilo de vida e comportamento em relação a doença, presença de doenças crônicas e demais medicamentos utilizados.

4 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa e quantitativa ancorada na Pesquisa Convergente Assistencial (PCA). A metodologia qualitativa possibilita que o pesquisador se insira no cotidiano dos participantes e assim compreenda como os conhecimentos são criados. Dar significado aos dados é a ação da pesquisa qualitativa (STRAUSS; CORBIN, 2008). A abordagem qualitativa pode ser usada para responder questões que não podem ser analisadas em números, requer atitudes flexíveis, capacidade de observação e de intuição entre o pesquisador e os sujeitos envolvidos na pesquisa (MINAYO, 2014).

Por meio da abordagem quantitativa é possível traduzir em números opiniões e informações, a partir da premissa de que todos os fenômenos são quantificáveis é possível classificar e analisar os dados. É caracterizada pelo emprego de instrumentos estatísticos, tanto na coleta quanto no tratamento dos dados, com a finalidade de medir relações entre as variáveis. Com isso, visa medir e quantificar os resultados da investigação, elaborando-os em dados estatísticos. É apropriada para medir opiniões, atitudes e preferências como comportamentos. Este método pode ser utilizado com a finalidade de descobrir quantas pessoas de uma determinada população compartilham opiniões e determinadas características (LAKATOS; MARCONI, 2011).

4.1.1 Pesquisa Convergente Assistencial

O referencial teórico-metodológico que sustenta este estudo é a Pesquisa Convergente Assistencial (PCA), desenvolvida por Trentini e Paim (2004), que tem como objetivo articular a pesquisa e a prática assistencial, por meio da aproximação direta com o problema estudado visando transformar a realidade. Essa transformação se torna possível quando o pesquisador, inserido no ambiente em que o problema acontece, pode identificar e analisar os elementos que contribuem para sua existência e então, propor soluções e inovações para o aprimoramento do cuidado de enfermagem. A inserção do pesquisador no campo tem como finalidade a interação entre ele e os participantes do estudo, gerando variáveis subjetivas que

conferem a este referencial metodológico uma abordagem qualitativa (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014).

Para alcançar esta compreensão, a PCA tem como princípio o estabelecimento de uma estreita relação entre pesquisar e o campo da prática assistencial estudada, somente assim é possível encontrar soluções para os problemas. Além disso, existe uma preocupação com o objeto de pesquisa, uma vez que o tema precisa surgir das necessidades dos profissionais e usuários do serviço de saúde (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014). A PCA é dividida em quatro fases: concepção, instrumentação, perscrutação e análise, abordados a seguir.

Fase de Concepção

A primeira fase da PCA consiste na concepção do problema de pesquisa. Nesta fase o pesquisador responde as seguintes questões: o que pesquisar? Quais conhecimentos quero construir? Quais mudanças são necessárias para melhorar a assistência? O tema deve surgir do seu cotidiano de prática profissional (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014).

Fase de Instrumentação

A segunda fase, de instrumentação, corresponde à definição do método e técnicas a serem utilizadas para realização da pesquisa. Trata-se do momento em que são pensados os detalhes de como realizar a pesquisa, uma delimitação clara de qual será o espaço físico, em que local ocorrerá a coleta de dados, qual será a amostra e quais serão os instrumentos e técnicas de coleta de dados (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014).

Outro aspecto importante desta fase é a escolha dos instrumentos e técnica de coleta de dados. A PCA contempla vários métodos de coleta, neste estudo serão utilizadas entrevistas e oficinas. Este método vai ao encontro dos objetivos da pesquisa qualitativa e quantitativa, que busca abstrair a subjetividade do problema permitindo sua compreensão como um todo (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014).

Na PCA a entrevista supera sua simples dimensão da técnica de coleta de dados e se configura como uma forma do pesquisador se aprofundar no campo de investigação, sendo o discurso dos participantes da pesquisa a matéria prima para o desenvolvimento da pesquisa qualitativa (WILLIG, 2004).

Fase de Perscrutação

A fase de perscrutação está entrelaçada nas fases de instrumentação e análise. Conforme Trentini, Paim e Silva (2014, p.46) “perscrutação se caracteriza como uma procura de modo minucioso e profundo de condições para mudanças em todo o contexto da investigação”. Portanto durante a inserção do pesquisador no campo estudado ele irá se apropriar da realidade e buscar informações que poderão contribuir para construção de um processo de mudança.

Fase de Análise

A última fase da PCA compreende a análise e interpretação dos dados. Esta fase possui quatro etapas: apreensão, síntese, teorização e transferência. Na etapa de apreensão o pesquisador inicia a coleta de informações, que deve ser realizada conforme o tipo de informação, seguindo a ordem cronológica dos registros obtidos na coleta de dados (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014).

O objetivo é apreender o sentido das informações coletadas e descrever o fenômeno em estudo. Esse processo pode ser realizado por meio de codificação e/ou categorização dos dados, que significa agrupá-los por similaridade, o que permite ao pesquisador perceber quais categorias traz pouca informação, indicando a necessidade de voltar a campo para buscá-las, a fim de atingir a saturação dos dados, porque é pela análise minuciosa de uma categoria saturada que será possível identificar características dos fenômenos (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014).

A etapa de síntese consiste em reunir as categorias e uniformizar as informações concretas ou abstratas, tornando-as coerentes. Trata-se de sintetizar as informações obtidas nas categorias e identificar padrões que elucidam o fenômeno investigado (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014).

O processo de teorização consiste em identificar, definir e construir relações entre os constructos. “Teorizar é um processo que envolve construções, desconstruções e reconstruções de formulações teórico-conceituais para chegar a um esquema que possa descrever e explicar fenômenos reais” (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014, p.57).

A etapa de transferência refere-se à contextualização dos resultados, de maneira que permita a sua aplicação na prática assistencial e modifique a realidade. É fundamental que os processos e protocolos institucionais estejam em concordância com o conhecimento que se pretende transferir para prática, sendo

essencial o uso de uma linguagem acessível para equipe e usuários do serviço (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014).

Conforme Trentini, Paim e Silva (2014), a essência da PCA está na convergência dos processos de prática assistencial e da investigação científica, por meio do diálogo contínuo e do estabelecimento de uma relação de compromisso entre o trabalho do pesquisador e o trabalho dos profissionais no seu campo de prática.

Ao refletir e solucionar problemas reais e gerar melhorias para a prática assistencial, a pesquisa estará cumprindo o seu papel principal, que é a de produção e aplicação do conhecimento para melhorar a vida das pessoas. Desta forma, a PCA afirma-se enquanto abordagem metodológica que “está orientada para o compromisso humanista do pesquisador em estudar e operar na prática assistencial em saúde a partir das perspectivas dos profissionais e/ou usuários envolvidos no contexto da pesquisa” (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014, p.21).

A PCA tem como princípio envolver os atores sociais na elaboração e desenvolvimento da pesquisa, considerando que o pesquisar poderá iniciar um processo de mudança em um espaço de trabalho coletivo somente se os participantes se comprometem com o projeto. Portanto, a escolha e envolvimento da amostra no desenvolvimento da pesquisa e na construção de uma proposta de mudança são fundamentais para sua concretização (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014).

QUADRO 1 – SÍNTESE DAS FASES DA PESQUISA CONVERGENTE ASSISTENCIAL

FASES	PCA	PROTOCOLO DE CONSULTA DE ENFERMAGEM PRÉ- OPERATÓRIA AO PACIENTE IDOSO
Concepção	Marco referencial da pesquisa em que se denomina o problema da pesquisa (TRENTINI, 2014, p. 31-34).	Quais os cuidados necessários para compor um protocolo de Consulta de Enfermagem no pré-operatório para idosos?
Instrumentação	Elaboração dos procedimentos metodológicos da pesquisa (TRENTINI, 2014, p. 34-45).	Local de estudo: Ambulatório de Enfermagem de um Hospital do Idoso; Participantes do estudo: os enfermeiros que atuam no Ambulatório de Enfermagem, centro cirúrgico e enfermeiros da emergência. Coleta de dados: busca de informações em prontuário dos idosos e entrevistas com os enfermeiros.
Perscrutação	Desenvolver habilidades e sensibilidade para investigar e refinar os dados disponíveis (TRENTINI, 2014 p.45).	Identificar as características demográficas e clínicas, referentes a idade, e sexo, tipo de cirurgia realizada e intercorrências apresentadas em todo o processo cirúrgico dos idosos submetidos à cirurgia geral no ano de 2018 a 2019 na instituição hospitalar pesquisada. Analisar as percepções dos enfermeiros acerca da gestão do cuidado ao idoso na consulta pré-operatória.
Análise	A análise e interpretação dos dados ocorre de forma simultânea (TRENTINI, 2014, p. 47).	A análise dos dados qualitativos seguiu o referencial de John Creswell (2010), foi utilizado o software IRAMUTEC, proposto por Ratinaud (2009), para a codificação dos dados Foi utilizado para dos dados quantitativos planilha do Exel e realizado análise descritiva.

FONTE: TRENTINI; PAIM, SILVA (2014). Adaptado de PILER (2018).

4.2 LOCAL DE ESTUDO

Para atender a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, aprovada em outubro de 2006, pela portaria nº 2.528 do Ministério da Saúde (BRASIL, 2010) e simultaneamente à crescente demanda de leitos hospitalares por parte da população idosa em Curitiba, foi elaborado o projeto de construção de uma unidade hospitalar especializada no atendimento dessa população. Sua construção iniciou no ano de

2009 e foi inaugurado no dia 29 de março de 2012, com a missão de prestar cuidado integral e multiprofissional com ênfase na saúde do idoso.

O local do estudo compreendeu o ambulatório de Enfermagem de um Hospital Público Municipal, com atendimento exclusivo pelo SUS, situado na Cidade de Curitiba, Paraná. Foi escolhido como local para coleta de dados o setor ambulatorial, por entender-se que é no ambulatório que ocorre a consulta de enfermagem. Trata-se do primeiro Hospital Municipal criado para o atendimento de pacientes idosos.

No entanto, observa-se no país outras iniciativas de atendimento hospitalar voltado para a população acima de 60 anos, como por exemplo a criação do "Selo Hospital Amigo do Idoso" pela Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES/SP) em maio de 2012, que tem como objetivo incentivar e apoiar as boas práticas no atendimento da população idosa, entre elas a qualificação em geriatria e gerontologia dos hospitais, em consonância à Política de Envelhecimento ativo da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES/SP) lançada em 2002.

O local de estudo corresponde a uma instituição especializada no atendimento de pacientes idosos, que tem como prioridade atender com qualidade os casos agudos e condições crônicas mais frequentes no idoso. Esta unidade hospitalar surgiu com o intuito de ampliar o acesso dessa população aos leitos clínicos, de terapia intensiva. Atualmente a instituição dispõe de 144 leitos, desses 30 correspondem a leitos de Unidade de terapia intensiva (UTI), quatro leitos na sala de emergência e os demais distribuídos nas unidades de internação clínica e cirúrgica.

A estrutura hospitalar é constituída por centro de imagem, farmácia, emergência, centro de terapia intensiva, centro cirúrgico, unidades de internação clínica e cirúrgica, central de laudos, ambulatórios, serviço de hemoterapia, serviço de nutrição e dietética, fisioterapia, terapia ocupacional, serviço de psicologia, odontologia, fonoaudiologia e serviço social.

Os ambulatórios médicos oferecem atendimento de fisioterapia, geriatria, endocrinologia, neurologia, gerontologia, cardiologia, urologia e cirurgia geral, possui o um ambulatório de enfermagem. A equipe multidisciplinar é composta por médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, fonoaudiologia e fisioterapeutas.

4.3 RECRUTAMENTO DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA

Conforme proposto por Trentini, Paim e Silva (2014), a amostra/população do estudo deve incluir pessoas envolvidas com o problema investigado, permitindo a obtenção de informações abrangentes acerca do objeto de estudo.

Os participantes do estudo foram 15 enfermeiros, que atuam no setor de ambulatorio, emergência e centro cirúrgico. Os enfermeiros das áreas citadas foram convidados a participar das entrevistas, em virtude do processo de admissão desse paciente no período pós-operatório, impactar na continuidade do cuidado do paciente, quando este é transferido para outro setor.

QUADRO 2 – SÍNTESE DOS ENFERMEIROS PARTICIPANTES DA PESQUISA

SETOR	NÚMERO DE ENFERMEIROS	TURNO	TOTAL SETOR
Ambulatorial	02 – Assistenciais	M/T	02
Emergência	07 – Assistenciais 01 – Coordenador	M/T/N ¹ /N ²	08
Centro Cirúrgico	04 – Assistenciais 01 – Coordenador	M/T/N ¹ /N ²	05
TOTAL DE PARTICIPANTES			15

FONTE: A autora (2019).

Critérios de inclusão dos enfermeiros participantes

Enfermeiros que prestavam atendimento aos idosos no ambulatorio de enfermagem, setor emergência e centro cirúrgico, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS por pelo menos um ano.

Critérios de exclusão dos enfermeiros participantes

Foram excluídos os enfermeiros que no período de coleta de dados estejam afastados da prática profissional por motivos de férias, licença maternidade e licença para tratamento de saúde

4.4 COLETA DE DADOS

A coleta de dados ocorreu a partir da aprovação do Comitê de Ética e o estudo se estendeu até julho de 2020.

A pesquisa Convergente Assistencial permite a utilização de diferentes técnicas para a obtenção de informações, desde que sejam pertinentes ao

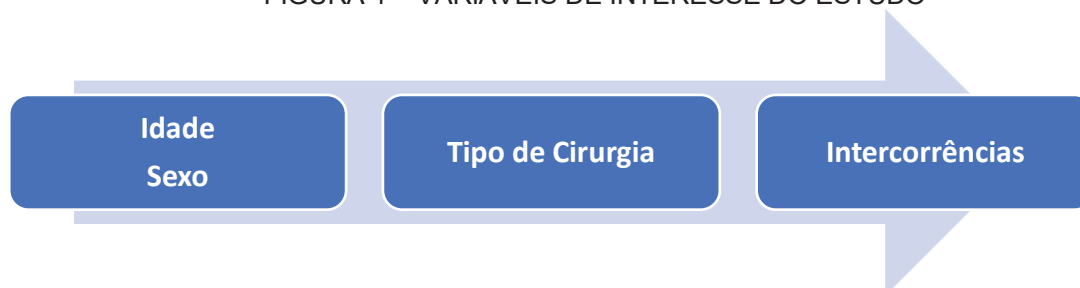
desenvolvimento do estudo. Considerando a complexidade do problema investigado e os objetivos que se pretendem alcançar, optou-se por utilizar um instrumento semiestruturado com perguntas abertas, e coleta de dados demográficos dos prontuários de pacientes idosos que realizaram cirurgias no período entre 31/07/2018 à 31/07/2019.

4.4.1 Coleta de dados do prontuário

A partir de um instrumento com quesitos relacionados ao perfil demográfico referentes a idade, sexo, tipo de cirurgia realizada e intercorrências apresentadas (APÊNDICE 1), se realizou busca no prontuário eletrônico de todos os pacientes idosos, sessenta anos ou mais, que realizaram cirurgia no período de julho de 2018 e julho 2019. As informações foram digitadas em planilha do Excel com a finalidade de analisar os dados posteriormente. Para respeitar o sigilo e identidade dos pacientes, foram utilizados apenas as iniciais dos nomes dos idosos.

Na Figura 1 apontam-se as variáveis de interesse do estudo, que compõem o instrumento de pesquisa

FIGURA 1 – VARIÁVEIS DE INTERESSE DO ESTUDO



FONTE: A autora (2020)

4.4.2 Entrevista

Na Pesquisa Convergente Assistencial, a entrevista não se restringe a uma simples técnica de coleta de dados para o estudo, mas vai além, ampliando os horizontes de delimitação pelas implicações inerentes ao cuidado do paciente (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014). Deste modo, com o objetivo de analisar as percepções dos enfermeiros acerca da gestão do cuidado ao idoso na consulta pré-

operatória, se utilizou da entrevista individual, por meio de instrumento semiestruturado (APÊNDICE 2). Os profissionais foram abordados no próprio local onde desenvolvem suas atividades diárias e convidados verbalmente a participar da pesquisa.

As entrevistas se realizaram em um ambulatório que foi disponibilizado pelo Gerente Ambulatorial, obedecendo ao cronograma estabelecido juntamente com cada um dos enfermeiros. Também foram apresentados os objetivos e as etapas do trabalho, bem como os aspectos éticos seguidos no transcorrer do estudo. Foi solicitado ao participante a autorização para gravar a entrevista com um gravador de voz, e, posteriormente os áudios foram arquivados em uma pasta no computador. Após esta fase a entrevista foi transcrita na íntegra, para análise. Com a finalidade de preservar a identidade dos participantes se estabeleceram códigos na tabulação e processamento das informações colhidas nas entrevistas.

4.5 ANÁLISE DOS DADOS

4.5.1 Análise dos dados quantitativos

Os dados quantitativos coletados por meio de instrumento construído pela pesquisadora (APÊNDICE 1), foram organizados e analisados no software Excel®. O Excel é um programa de software que lhe permite criar tabelas, calcular e analisar dados. Este tipo de software é denominado software de folha de cálculo. O Excel® permite-lhe criar tabelas que calculam automaticamente os totais de valores numéricos introduzidos, imprimir tabelas em esquemas atrativos e criar gráficos simples (ZULIAN; SOUZA; MIRANDA, 2013). Os dados foram analisados descritivamente.

4.5.2 Análise de dados qualitativos

Na PCA, segundo Trentini e Paim (2004) a etapa de codificação pode ser realizada manualmente ou por recursos tecnológicos como os *softwares*. Utilizar os *softwares* pode ser mais rápido e eficaz do que a codificação à mão, no entanto, o pesquisador ainda necessita realizar a leitura minuciosa do texto e atribuir códigos.

Para a análise dos dados qualitativos utilizou-se o referencial de John Creswell (2010). Ele afirma tratar-se de um processo no qual a reflexão acontece consecutivamente com o objetivo de retirar densamente o sentido dos dados do texto. O autor orienta seis passos para esse processo, ressalta ainda que apesar de serem abordados de maneira linear e hierárquica, na prática ocorrem de forma interativa e inter-relacionada, conforme a descrição a seguir:

Passo 1: organiza e prepara os dados para análise, este passo inclui a transcrição das entrevistas, digitação, bem como anotações de campo, ainda, digitalização dos materiais ou separação dos dados.

Passo 2: inclui a leitura de todos os dados para obter a percepção geral das informações e reflexão dos significados por completo.

Passo 3: analisar de forma detalhada, utilizando um processo de codificação e organização, sendo eles em blocos ou segmentos de texto, gerar neste passo uma descrição do local ou das pessoas e ainda das categorias ou temas para a análise.

Passo 4: Gerar temas ou categorias com base na codificação. Neste estudo as classes forma geradas pelo *software* IRAMUTEQ seguindo as orientações do Tutorial para uso do *software* de Camargo e Justo (2016).

Passo 5: Representar os dados com descrição detalhada dos temas, por meio da narrativa qualitativa, pode ser em forma de discussão detalhada de diversos temas ou uma discussão de temas interconectados, também podem ser utilizados como elementos visuais figuras ou tabelas como complemento para a discussão.

Passo 6: Envolve a Interpretação do significado dos dados e o questionamento do que foi aprendido com a pesquisa. Ainda pode ter um significado derivado de uma comparação de resultados com informações extraídas da literatura ou de teorias existentes. A técnica de questionamento também é usada nos métodos reivindicatório e participatório de pesquisa qualitativa (CRESWELL, 2010).

FIGURA 2 – SÍNTESE DOS PASSOS DE ANÁLISE



FONTE: A autora (2019). Adaptado de CRESWELL (2010).

Codificação dos dados textuais

Para auxiliar na codificação dos dados, foi utilizado o *software* gratuito e de fonte aberta, *Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires* (IRAMUTEQ) que permite uma análise sobre *corpus* textuais e dados textuais (CAMARGO; JUSTO, 2013). O *software* foi desenvolvido por Ratinaud em 2009, na língua francesa, atualmente possui tutoriais completos em outras línguas. Em 2013, este *software* foi adaptado à língua portuguesa e começou a ser utilizado no Brasil. É uma ferramenta livre, gratuita desenvolvida através de tecnologia aberta.

O referido programa trabalha com unidades de contexto iniciais (UCIs) que podem ser estruturadas de várias maneiras, a depender do caráter dos dados coletados. Estas técnicas de análise permitem facilmente sua identificação através de um arquivo único, corretamente configurado em formato texto (.txt) e denominado *Rapport* ou *corpus* e segmentos de texto, que correspondem aos textos originais da entrevista (JUSTO; CAMARGO, 2014).

A análise sobre *corpus* textual tem a finalidade de analisar textos, entrevistas, documentos, dentre outros. Compreende o *corpus* o texto e o segmento de texto. Sendo o *corpus* o conjunto de texto que se pretende analisar, o texto é cada entrevista e o segmento de texto são partes extraídas do texto de geralmente três linhas (CAMARGO; JUSTO, 2013a).

A ferramenta *software* permite diferentes tipos de análises: estatísticas textuais clássicas; pesquisa de especificidades de grupos; classificação hierárquica descendente (CHD); análises de similitude; e nuvem de palavras. A análise de dados textuais é verificada por frequência ou associação das palavras, que captura

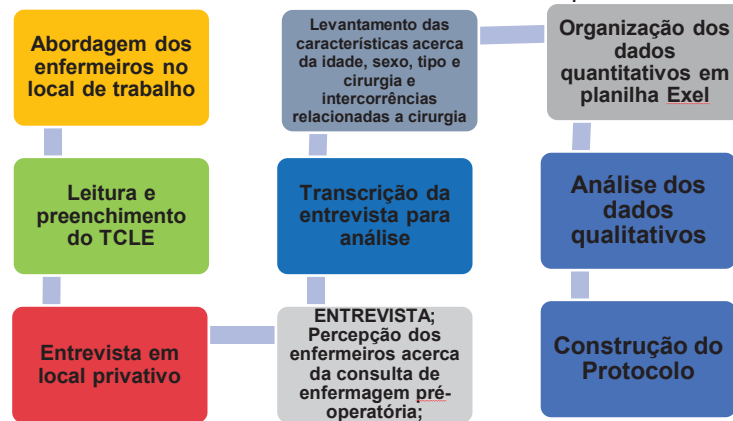
a estrutura e a organização dos dados, indicando as relações entre as palavras mais frequentes, o que ajuda no gerenciamento dos dados qualitativos (CAMARGO; JUSTO, 2013b).

Neste trabalho os dados foram organizados a partir do Dendograma, Classificação Hierárquica Descendente (CHD) e da Nuvem de Palavras. A CHD obtém classes de palavras a partir de *corpus* textuais, que ao mesmo tempo, apresentam significado/vocabulário semelhante entre si, e diferentes nos segmentos de textos das demais classes. Constrói a análise qualitativa dos textos em um dendograma, que mostra graficamente as classes e suas possíveis relações. De acordo com as classes e frequência das palavras fornecidas pelo IRAMUTEQ, o pesquisador as nomeia conforme sua semântica.

A Nuvem de palavras: agrupa as palavras e as organiza graficamente em função da sua frequência. Elas são apresentadas com tamanhos diferentes: as palavras maiores são aquelas com maior frequência (ou outro indicador escolhido) no *corpus*, e as menores apresentam frequências inferiores. As primeiras são colocadas no centro do gráfico. É uma análise lexical bem simples. Porém ela é graficamente interessante, pois fornece uma ideia inicial do conteúdo do material textual.

A nuvem de palavras é uma análise mais acessível, que trabalha com a imagem gráfica em função da frequência das palavras e possibilita facilmente sua identificação visual através de uma figura gerada pelo *software*. Após o processamento do conteúdo textual, constrói-se o modelo analítico formado por categorias, que se ajustam às classes de palavras geradas pelo *software* IRAMUTEQ (MOIMAZ et al., 2017).

FIGURA 3 – Síntese da coleta e análise dos dados quantitativos e qualitativos



FONTE: A Autora, (2020).

4.6 CONSTRUÇÃO DO PROTOCOLO DE CONSULTA DE ENFERMAGEM PRÉ-OPERATÓRIA AO PACIENTE IDOSO

O emprego de protocolos de cuidado à saúde é uma necessidade e constitui um caminho essencial de muita proficuidade na gestão do conhecimento e na organização das ações de saúde. A aplicação dos protocolos requer esforço conjunto de gestores e profissionais para que seu emprego seja, de fato, adequado às necessidades do serviço, admita o estabelecimento de objetivos e metas (por meio de um processo de planejamento) (WERNECK; FARIA; CAMPOS, 2009).

Neste contexto, a construção e validação de um protocolo de atendimento à pessoa idosa se mostra como uma prática de organização e eficiência assistencial, a qual tem como objetivo otimizar o cuidado a partir de métodos viáveis e confiáveis. Assim sendo, a atuação do enfermeiro no ambulatório visa a busca sobre a existência de fatores de risco, e sua inclusão no plano terapêutico precisa ser eficaz para que promover um cuidado assistencial seguro e de qualidade (SANTOS; HENCKMEIER; BENEDET, 2016).

O protocolo foi construído com base na coleta e análise de dados das entrevistas, dos dados quantitativos dos prontuários, bem como de referências de literatura vinculadas ao tema pesquisado. Dessa forma, foi possível elencar os cuidados necessários ao idoso que será submetido à cirurgia e delinear o que é relevante para compor o protocolo.

4.7 ASPECTOS ÉTICOS DO ESTUDO

Neste estudo, foram respeitados os preceitos éticos de participação voluntária, esclarecida e consentida, segundo Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, que rege pesquisas em seres humanos (BRASIL, 2012). Este projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética do Setor de Saúde da Universidade Federal do Paraná 3.715.295 (ANEXO 1), e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba 3.764.379 (ANEXO 2).

Os participantes foram consultados e esclarecidos quanto à possível inclusão no estudo. Receberam informações a respeito do objetivo, procedimentos, cuidados a serem tomados, e o direito de desistir a qualquer momento sem justificativa. Todas e quaisquer informações prestadas, bem como a identificação dos participantes foram mantidas em completo anonimato, garantindo o sigilo das mesmas, e a fidedignidade dos dados.

Para garantir o anonimato dos participantes, nas entrevistas foram atribuídos códigos de identificação para cada participante, de conhecimento apenas do pesquisador. Todos os participantes da pesquisa leram e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (APÊNDICE 2), em duas vias, uma via foi entregue ao participante e a outra que ficou arquivada com a pesquisadora.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste capítulo são abordadas questões referentes aos resultados e discussões dos dados verificados na pesquisa, tendo como base a literatura proposta para construção desta pesquisa, desde a constituição das ideias até a consolidação do produto.

5.1 RESULTADOS QUANTITATIVOS

Os dados quantitativos discutidos neste tópico foram levantados a fim de atender um dos objetivos do estudo: Identificar as características demográficas e clínicas referentes a idade, sexo, tipo de cirurgia realizada e intercorrências apresentadas pelos pacientes submetidos à cirurgia geral no ano de 2018 a 2019 na instituição hospitalar pesquisada.

Inicialmente, se destaca que durante o período de 2018 a 2019, foram planejadas 561 cirurgias gerais em idosos no serviço em questão, dos quais 536 foram realizadas de fato.

Os principais resultados foram organizados em quatro variáveis, sendo elas: distribuição da faixa etária, sexo dos pacientes que realizaram o procedimento cirúrgico, tipos de cirurgias realizadas e principais intercorrências relacionadas à cirurgia, conforme exposto nas discussões a seguir.

Concernente a variável idade, a média dos 561 participantes foi de 70 anos, a mínima de 60, a máxima de 94 e o desvio padrão de 9,5. Referente a distribuição quanto ao sexo dos idosos $n = 536$ (100%), que realizaram cirurgias no período de 2018 a 2019, $n = 314$ (58,5%) deles eram do sexo masculino e do feminino $n = 222$ (41,4%).

Na tabela 1, visualiza-se a distribuição das faixas etárias dos pacientes. segundo a divisão proposta no Censo Demográfico 2010 (IBGE, 2011).

TABELA 1 – DISTRIBUIÇÃO DOS PACIENTES IDOSOS QUE REALIZARAM CIRURGIAS NO PERÍODO DE 2018 A 2019, DE ACORDO COM A FAIXA ETÁRIA

Faixa etária	n	%
60 a 64	150	28,0%
65 a 69	134	25,0%
70 a 74	111	21,0%
75 a 79	71	13,2%
80 a 84	45	8,3%
85 a 89	22	4,1%
90 a 94	3	0,5%
Total	536	100%

FONTE: A autora (2020).

Os dados apontam que no presente estudo a idade variou entre 60 e 94 anos, sendo a maioria dos pacientes que realizaram cirurgia estavam entre 60 e 79 anos (87,5 %). Prevaleceu o sexo masculino 314 (58, 8%), esse resultado se assemelha ao encontrado no estudo de Borghi (2007) em um hospital universitário, que investigou os registros de 124 prontuários de idosos. O estudo apontou que os idosos submetidos a cirurgias, em sua maioria pertenciam ao sexo masculino (53,2%) e do sexo feminino (46,8%) do total dos investigados. Concernente a idade, a autora relata ainda, que a maioria dos idosos compreendia a faixa etária dos 65 a 74 anos. O maior percentual de complicações encontrou-se em idosos de 70 a 79 anos, reforçando a questão da idade como um fator de risco para realização de cirurgia, porém não é um dado considerado fator de risco isolado, devendo levar em conta as condições físicas, funcionais e doenças associadas.

Os estudos de Kojima e Narita (2005) relacionam o sexo masculino como risco para cirurgia abdominal, devido às alterações hidroeletrolíticas, de temperatura e depressão ventilatória, elevando o risco do paciente apresentar complicações hemodinâmicas e pulmonares no período de recuperação anestésica.

De acordo com a perspectiva apresentada por Acauan e Rodrigues (2014), as alterações biológicas que o corpo da pessoa idosa sofre incluem modificações anatômicas e fisiológicas como as do sistema cardiovascular.

O enrijecimento arterial que é decorrência do desgaste sofrido ao longo dos anos, por exemplo, ocasiona a ruptura das fibras de elastina nas paredes das artérias. Com o envelhecimento ocorre uma diminuição da circulação de retorno do sangue venoso e uma insuficiência das válvulas venosas, o que pode acarretar varizes e edemas. Pode ocorrer um acúmulo de substâncias no interior dos vasos,

diminuindo o fluxo sanguíneo, podendo causar insuficiência nos órgãos que são irrigados por esses vasos (GEIS; BRAUN, 2003).

Ao se ressaltar a questão de idade, se faz necessário pensar também na criação de um ambiente seguro e acolhedor, contando com medidas essenciais de causas multifatoriais, envolvendo tanto os fatores intrínsecos (alterações do estado mental, uso de medicamentos. E também, o uso de dispositivos para auxílio de marcha, maior tempo de hospitalização, incontinência fecal/urinária, alterações visuais, e patologias como osteoporose e arritmias cardíacas), como os extrínsecos (ausência de material antiderrapante no piso, cama sem grades, cama alta e ausência de barra de segurança) (SALMAZO-SILVA et al., 2012).

Em uma revisão sistemática foi destacado um estudo realizado entre 2012 e 2013 em um hospital de referência do Rio de Janeiro, no qual se evidenciou que mais da metade das cirurgias cardíacas (59,7%), foram realizadas em pacientes acima de 60 anos (OLIVEIRA; NAKAJIMA; BYK, 2019). Enokibara, Lamarca e Albuquerque (2015) ainda justificam, que fatores ligados ao envelhecimento foram as principais causas das cirurgias de implante valvar aórtico, revascularização miocárdica decorrente de doença arterial coronariana e implante de marca-passo.

No que se refere a segurança do paciente idoso, é preciso ter ciência de que grande parte dos cuidados com esta população ocorre em ambiente hospitalar. Os fatores variam desde a sujeição elevada a internamentos, tempo de permanência e readmissão. Sendo assim, o papel do enfermeiro deve estar focado na identificação de fatores de risco com o intuito de se prestar uma assistência segura, considerando as metas internacionais de segurança do paciente da Organização Mundial de Saúde (OMS), visando a ausência de dano desnecessário, real ou potencial ao indivíduo (SANTOS; HENCKMEIER; BENEDET, 2016).

Neste contexto à medida que a população de idosos aumenta rapidamente, existe a necessidade de buscar mais conhecimentos, os profissionais de saúde que atendem esta população precisam estar instrumentalizados para avaliar e subsidiar a elaboração de planos de cuidados para a gestão da fragilidade física do idoso (MORAES, 2008).

Na Tabela 4 apresenta-se a distribuição dos tipos de cirurgias realizadas.

TABELA 2 – DE CIRURGIAS REALIZADAS EM IDOSOS NO PERÍODO DE 2018 A 2019

Tipo de cirurgia	N	%
Colecistectomia videolaparoscópica	118	22,0%
Hernioplastia inguinal	108	20,1%
Exerése de lipoma	32	5,9%
Hernioplastia umbilical	32	5,9%
Hernioplastia incisional	25	4,6%
RTU* próstata	25	4,6%
Fistulectomia	21	3,9%
Exerese cisto dermóide	20	3,7%
Prostatectomia	18	3,3%
Cirurgia de varizes	17	3,1%
Hemorroidectomia	17	3,1%
Exerése nevo	16	2,9%
Correção de hidrocele	10	1,8%
Retirada de duplo J	10	1,8%
Laparotomia	9	1,6%
RTU Bexiga	7	1,3%
Drenagem de abscesso	7	1,3%
Cauterização de lesões	7	1,3%
Ressecção de próstata	7	1,3%
Troca dupla J	5	0,9%
Ureterolitotripsia	4	0,7%
Tireoidectomia	4	0,7%
Retossigmóidectomia	4	0,7%
Enucleação prostática	3	0,5%
Apendicectomia	3	0,5%
Nefrectomia	3	0,5%
Biópsia	2	0,3%
Vasectomia	1	0,1%
Colostomia	1	0,1%
TOTAL	536	100%

FONTE: A autora (2020).

NOTA: RTU*- Ressecção transuretral.

Os valores descritos na tabela 2, denotam os percentuais das descritivas de tipos de cirurgias pelas quais foram submetidos os idosos com maior frequência. Esses dados mostram que o procedimento de colecistectomia foi o que apresentou a maior porcentagem de cirurgias realizadas, um total de 118 (22%), sendo a mais representativa.

Coelho et al. (2018) concluíram em seus estudos, que a colecistectomia videolaparoscópica (CVL) é um procedimento relativamente seguro em idosos e pode ser realizada com morbidade e mortalidade aceitáveis.

Taki-Eldin e Badawy (2018) pesquisaram as indicações para a realização colecistectomia laparoscópica. Para tanto, analisaram retrospectivamente dados em prontuários de 492 pacientes de ambos os sexos com média entre de 49 anos submetidos à colecistectomia laparoscópica. As indicações operatórias foram colecistite crônica sintomática em 424 pacientes (86,2%), colecistite acalculosa crônica em 19 (3,9%), colecistite aguda em 44 (8,9%) e pólipos da vesícula biliar em cinco (1%).

As vantagens da utilização da laparoscópica são apontadas em estudo de Passos e Portari Filho (2016). Os autores citam como benefícios a menor dor pós-operatória, menor tempo de internação, recuperação mais rápida, melhores resultados estéticos, retorno precoce ao trabalho, menos complicações como infecção.

O segundo procedimento cirúrgico mais executado neste estudo foi a hernioplastia inguinal, sendo que 108 idosos (20,1%) foram submetidos a essa cirurgia, seguido de exérese de lipoma e hernioplastia umbilical $n=32$ (5,9%). Para Teixeira et al. (2017) a hérnia inguinal apresenta alta incidência, pois 75% de todas as hérnias ocorrem na região inguinal.

Segundo o Colégio Brasileiro de Cirurgiões, nos pacientes idosos portadores de hérnias inguinocrurais, o que decide o eventual tratamento cirúrgico eletivo é o quadro clínico. Dificuldades para deambular e/ou para defecar, prejudicando a qualidade de vida, são situações que definem os pacientes idosos candidatos à cirurgia eletiva, sempre após o criterioso balanço do custo/benefício e do risco operatório (CBC, 2002).

Em um estudo epidemiológico sobre cirurgias realizadas em idosos Vendites; Almada-Filho e Minossi (2010) evidenciam que além das cirurgias cardíacas é expressivo o número de idosos que são submetidos às cirurgias diversas como as abdominais, ortopédicas, vasculares e plásticas, bem como as cirurgias do aparelho digestivo, sendo a principal delas as colecistectomias videolaparoscópias, corroborando com o resultado apontado na presente pesquisa.

Na tabela 3, visualizam-se as intercorrências apresentadas pelos idosos no pós-operatório no período de 2018 a 2019.

TABELA 3 – INTERCORRÊNCIAS APRESENTADAS PELOS IDOSOS NOS PERÍODOS PRÉ, TRANS E PÓS-OPERATÓRIO NO PERÍODO DE 2018 A 2019

Tipo de intercorrência	N	%
Dor	40	29,4%
Infecção do sítio cirúrgico	29	21,3%
Cancelamento da cirurgia	25	18,3%
Sangramento	15	11,0%
Retenção urinária	7	5,1%
Deiscência de sutura	4	2,9%
Hipertensão	4	2,9%
Reação da anestesia	4	2,9%
Febre	3	2,2%
Alteração de ECG*	2	1,4%
Reincidência	2	1,4%
Hematúria	1	0,73
TOTAL	136	100%

FONTE: A autora (2020).

NOTA: ECG*- eletrocardiograma.

Os valores descritos na tabela 3 mostram os percentuais das intercorrências mais comuns apresentadas no período pré, trans ou pós operatório sendo a mais expressiva a dor, apresentada em 40 (29,4%) pacientes no período pós-operatório. A segunda mais relevante foi a infecção do sítio cirúrgico, apresentada por 29 (21,4%) pacientes, seguida de cancelamento da cirurgia em 25 (18,3%) no período pré-operatório e sangramento em 15 (11%) pacientes que ocorreu com maior frequência no período pós-operatório conforme análise dos prontuários.

Dados semelhantes foram encontrados no estudo de Borghi (2007) em um hospital universitário, evidenciou-se que dos 124 idosos investigados 84 (67,7%) deles apresentaram complicações no período pós-operatório imediato e tardio, enquanto para 40 (32,3%) dos idosos não foram evidenciadas complicações. Os principais eventos relacionados às complicações foram relacionadas à ferida operatória, uma delas a dor na ferida operatória com 34 (7,8%), secreção 19 (4,4%), sangramento 8 (1,8%), infecção 7 (1,6%), hiperemia 5 (1,2%), evisceração 4 (0,9%), fístula/celulite 4 (0,9%) e deiscência de sutura 2 (0,4%).

Costalino (2015, p. 234) afirma que o paciente submetido a uma cirurgia se mostra “frágil, ansioso e está impossibilitado de exercer com plenitude suas funções, mantendo uma relação de dependência e confiança em relação ao profissional que o assiste”. A autora investigou a relação entre a percepção do profissional de

enfermagem em relação à dor pós-cirúrgica e as ações implementadas por ele mediante esta percepção, com vistas à melhoria da condição do paciente. Os resultados da investigação apontaram a existência de uma lacuna entre “o ideal de uma prática de enfermagem na sala de recuperação pós anestésica (SRPA) e as ações ali efetivadas no cotidiano de enfermeiros e pacientes”.

Os profissionais de Enfermagem precisam ter uma visão ampliada acerca das sensações vividas e narradas pelos pacientes com dor no pós-operatório imediato. Entende-se que estes dispendem grande parte do tempo na prática do cuidado. Contudo os pacientes frequentemente expõem desagrado com a gestão da sua dor pela Enfermagem (PAULA et al., 2011).

Estudo desenvolvido por Meier et al. (2017), avaliou a dor de pacientes adultos e idosos em pós-operatório imediato, na admissão, uma hora após e na alta de uma Unidade de Recuperação Pós-Anestésica quanto a intensidade, aspectos sensoriais e afetivos. Foram investigados 336 pacientes da Unidade de Recuperação Pós-Anestésica (URPA), de um hospital geral do Noroeste do Rio Grande do Sul. Dos pacientes 57,3% não referiram dor, 47% dor da admissão à alta. Na admissão e manutenção prevaleceu dor moderada e intensa; na alta, dor leve e moderada.

O desafio da escolha do tratamento adequado da dor no pós-operatório, deve ser criterioso visto que os medicamentos indicados são efetivos mas provocam efeitos adversos na população idosa, sendo imprescindível para o anestesista e enfermeiro, providenciar o tratamento, avaliação, prevenção e medidas de monitoramento e alívio nesse período (MENDOZA, 2006).

A colecistectomia, cirurgia apontada no presente estudo pode apresentar intercorrências conforme citado por Coelho et al. (2018, p. 6). Os autores afirmam que na colecistectomia por laparoscopia “o tempo operatório” e as complicações pós-operatórias “são maiores em idosos quando comparados a pacientes mais jovens”, devido à baixa reserva fisiológica e doenças associadas, ainda, os idosos apresentam formas mais graves de doença da vesícula biliar, como colecistite aguda, cálculos no ducto biliar comum, colangite e carcinoma de vesícula biliar. As principais intercorrências verificadas no pós-operatório dos idosos, foram a Hérnia incisional, atelectasia pulmonar, Infecção do sítio cirúrgico e trombose venosa.

O Colégio Brasileiro de Cirurgiões (CBC, 2002, p.13) enfatiza que as intercorrências específicas das cirurgias das hérnias inguinocrurais nos idosos, são

as complicações precoces constituídas por infecção, hematomas e retenção urinária. Adverte ainda, que as cirurgias podem apresentar complicações pela presença de doenças associadas, como “diabetes, hipertensão arterial sistêmica, tabagismo, alcoolismo, aterosclerose, alterações da crase sanguínea e contaminações que prejudicam a cicatrização das feridas”.

Carvalho Filho e Betito (2005) ressaltam outras complicações que podem ocorrer, dentre elas a deiscência e sangramento no local de incisão são muito frequentes em idosos, principalmente naqueles portadores de desnutrição e de alterações circulatórias locais. Essas complicações podem ocorrer mesmo em procedimentos cercados de todos os cuidados técnicos, havendo muitas vezes, necessidade de reintervenção.

No estudo realizado no período de recuperação anestésica por Nascimento, Bredes e Mattia (2015), a complicação mais evidenciada foi a hipotermia, seguida de hipoxemia, *delirium* e alteração de consciência, principalmente na faixa etária de 60 a 69 anos. No estudo em discussão não foi evidenciado nos prontuários tal informação, quiçá pela ausência de descrições completas durante o período pesquisado.

Pesquisa realizada por Küster Filho et al. (2002) em um serviço de cirurgia geral na cidade de Curitiba-Paraná, demonstrou seis principais complicações pós-operatórias no idoso: a broncopneumonia, sepse, Síndrome da Angústia Respiratória Aguda (SARA), pneumonia, insuficiência cardíaca congestiva e choque cardiogênico, dados esses que não corroboram com o presente estudo.

5.2 RESULTADOS QUALITATIVOS

A seguir são apresentados os resultados originados das classes de palavras retiradas das entrevistas e organizadas pelo *software Iramuteq*, conforme o Dendograma, a CHD e da Nuvem de palavras. A discussão foi embasada na literatura científica. A figura 3 apresenta o relatório da CHD gerado pelo *software Iramuteq* e mostra que a análise estatística do corpus textual composto por 15 entrevistas (*number of texts*), gerou 144 segmentos de textos (*number of text segments*), sendo retidos 112 segmentos de textos (*segments classified*) para a análise, o que corresponde a 77,7 % de aproveitamento, resultando em cinco

classes (*number or clusters*). Essa etapa foi realizada pelo *software* em 23 segundos.

FIGURA 3 – RELATÓRIO DA CHD GERADO PELO IRAMUTEQ

```

+-+ +-+ +-+ +-+ +-+ +-+ +-+
|i|R|a|M|u|T|e|Q| - Wed Jul 1 21:53:25 2020
+-+ +-+ +-+ +-+ +-+ +-+ +-+

Number of texts: 7
Number of text segments: 144
Number of forms: 340
Number of occurrences: 4813
Número de lemas: 278
Number of active forms: 189
Número de formas suplementares: 83
Número de formas ativas com a frequência >= 4: 188
Média das formas por segmento: 33.423611
Number of clusters: 5
112 segments classified on 144 (77.78%)

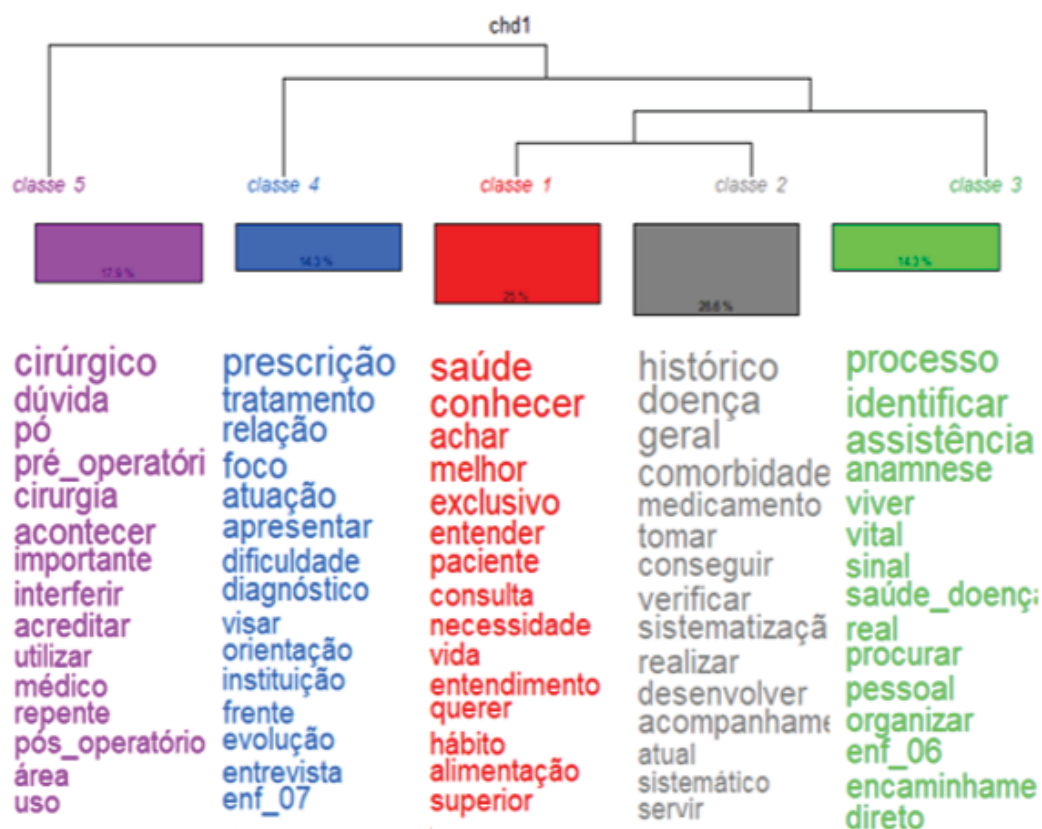
#####
tempo : 0h 0m 23s
#####

```

FONTE: A autora (2020).

A figura 4 mostra a distribuição das palavras em cada classe. O dendograma apresenta as separações que foram feitas no corpus até que resultassem as classes (CAMARGO; JUSTO, 2016). Para serem consideradas úteis e adequadas aos dados coletados, as análises do tipo CHD requerem a retenção mínima de 75% dos segmentos de texto (CAMARGO; JUSTO, 2016).

FIGURA 4 – DENDOGRAMA DAS CLASSES COM AS PALAVRAS CARACTERÍSTICAS



FONTE: A autora (2020).

5.2.1 Classes

As classes foram nomeadas de acordo com a interpretação dos segmentos textuais (ST). Todas as palavras apresentadas nas classes têm valores $x^2 \geq 3,84$ e $p \leq 0,05$. Sendo assim, denominou-se as classes conforme apresentado no Quadro 3:

QUADRO 3 – NOMINAÇÃO DAS CLASSES REPRESENTADAS NO DENDOGRAMA

CLASSES	TEMÁTICA DAS CLASSES	PORCENTAGEM
1	O processo saúde-doença na consulta de Enfermagem pré-operatória	25,0%
2	Histórico de comorbidades na consulta de Enfermagem pré-operatória	26,6%
3	Processo de Enfermagem na consulta de Enfermagem pré-operatória	14,3%
4	Prescrição de Enfermagem na consulta de Enfermagem pré-operatória	14,3 %
5	O paciente cirúrgico e a consulta de Enfermagem pré-operatória.	17,9%
TOTAL		100%

FONTE: A autora (2020).

5.2.1.1 Classes 1 e 2 – O processo saúde-doença/ Histórico de comorbidades na consulta de Enfermagem pré-operatória

O discurso dos profissionais de Enfermagem na primeira classe foi em torno das palavras: saúde, conhecer, achar, melhor, e da classe 2 foram: exclusivo, sendo as mais frequentes e apresentaram valores elevados de χ^2 e $p \leq 0,05$. Essa classe representou 25% do discurso dos participantes, tendo 28 ST aproveitados dos 112 gerados. A classe 2 teve como principal temática o histórico das comorbidades do paciente cirúrgico. As palavras em destaque foram: histórico, doença, geral, comorbidade e medicamento. A classe representou 28,6 % dos discursos e teve o aproveitamento de 32 ST.

Dessa forma, as classes 1 e 2 foram unificadas e, ao serem somadas, totalizaram 53,6%, constituindo a maior porcentagem encontrada nesse trabalho, enaltecendo a importância das palavras saúde, conhecer, achar, melhor, histórico, doença, geral, comorbidade e medicamento, a palavra doença apareceu nas duas classes

A palavra “saúde” foi a mais citada na classe 1 e representa a preocupação do enfermeiro em conhecer o paciente como um todo no processo saúde-doença e que será submetido ao processo cirúrgico. A segunda classe teve como principal temática o histórico das comorbidades do paciente cirúrgico.

Nos discursos a seguir é possível observar a preocupação por parte dos enfermeiros, em conhecer o idoso e orientá-lo sobre o ato cirúrgico:

*“[...] é o melhor momento pra gente conhecer esse paciente saber o que ele tem quais são as dificuldades dele o que ele pode apresentar não apenas na parte da **saúde** ali que a gente quer ver.” (Enf03)*

*“[...] orientando-o, os problemas de **saúde** que ele apresenta que a enfermeira tenha conhecimento e possa interferir pra melhora desse quadro do paciente.” (Enf12)*

Nas narrativas das participantes do estudo se percebe que as percepções acerca da saúde se interpõem à doença. Moraes (2012, p. 10) assevera que o conceito de saúde do idoso precisa estar claro para os profissionais que assistem o idoso: “define-se saúde como uma medida da capacidade de realização de aspirações e da satisfação das necessidades e não simplesmente como a ausência de doenças”. Grande parte dos idosos possui doenças ou alterações orgânicas que,

geralmente, não estão vinculadas à redução das atividades ou à limitação da participação social.

Pesquisa realizada por Câmara et al. (2012, p. 48), em uma Unidade Básica de Saúde em Belo Horizonte, Minas Gerais, teve como objetivo conhecer as representações sociais do processo saúde-doença dos profissionais de saúde, foram entrevistados 68 profissionais. Os resultados evidenciaram que, não obstante os profissionais conhecerem o conceito ampliado de saúde, eles ainda entendem saúde como o oposto de doença e trabalham com essa abordagem. “O modelo assistencial e o processo de trabalho ainda estão estruturados focalizando a doença, e todas as ações estão centradas no seu enfrentamento. Há necessidade de modificações”.

O conceito de saúde transformou-se ao longo dos anos, caracterizando-se como um processo que envolve aspectos social, político e econômico, estando sob influência de mudanças significativas a depender do contexto inserido. Caracterizado uma esfera da vida de homens e mulheres, a saúde, em sua diversidade, passou mudanças nos últimos séculos. O processo de transformação da sociedade é também o processo de transformação da saúde e dos problemas sanitários (BRASIL, 2006b).

O conhecimento do paciente e a doença permeiam as narrativas das participantes:

*“[...] a consulta de enfermagem primeiramente é exclusiva do profissional enfermeiro então entendo por um momento onde eu vou poder conhecer um pouco mais o paciente como um todo que tipo de **doença** que ele tem que tipo de acompanhamento faz medicamentos que toma as **comorbidades** no geral ver se entende sobre a **doença** se entende, bem como tem que tomar os medicamentos.” (Enf13)*

*“[...] a consulta de enfermagem a gente tem que na verdade investigar tudo do paciente que tipo de **doença** que ele tem que tipo de acompanhamento que ele faz medicamentos que ele toma as comorbidades dele no geral.” (Enf14)*

A saúde e doença, como antagônicas, também foi constatado em um estudo de Santos et al. (2014, p. 920), ao buscarem os significados atribuídos pelos usuários ao seu processo de saúde/doença. Os autores apreenderam que os idosos expressam a saúde “como plenitude física que permite ao indivíduo resistir às adversidades, permeada pela sensação de prazer individual”. Em contrapartida “a

doença passa a ser fenômeno incapacitante, causador de sofrimento e dependência, mais característico da fase de vida do idoso, por eles vivenciada”.

Bezerra e Sorpreso (2016) asseveram que a saúde é o maior recurso para desenvolvimento social, econômico, pessoal, com isso se propõe como uma importante dimensão da qualidade de vida. Na atenção primária, destacam-se as ações de promoção da saúde que visam a autonomia do paciente para alcançar melhores condições de vida e saúde.

Os enfermeiros nas entrevistas relataram como importante o levantamento do histórico das comorbidades, por meio da consulta de enfermagem pré-operatória, aos pacientes que serão submetidos a procedimento cirúrgico. Com o intuito de atentar para as possíveis intercorrências decorrentes da doença de base ou do tratamento e prestar o cuidado de Enfermagem com continuidade. Seguem as narrativas que evidenciam essa relevância:

*“[...] consulta de enfermagem é onde o enfermeiro vai fazer toda anamnese do paciente o **histórico** conhecer esse paciente realizar o exame físico e fazer o diagnóstico de enfermagem prescrever os cuidados que essa paciente precisa.” (Enf11)*

*“[...] consulta de enfermagem é uma avaliação que a gente faz sistemática do paciente como um todo desde o **histórico** familiar **histórico** de **doenças** desde situação atual **histórico** do problema atual.” (Enf05)*

“[...] a consulta de enfermagem é a consulta que o profissional enfermeiro faz com o paciente onde ele tem a possibilidade de colocar o seu trabalho em prática além de toda parte da sistematização da assistência de Enfermagem então a gente consegue verificar o histórico.” (Enf10)

*“[...] a consulta de enfermagem a gente tem que na verdade investigar tudo do paciente que tipo de doença que ele tem que tipo de acompanhamento que ele faz medicamentos que ele toma, as **comorbidades** dele no geral, que tipo de doença que ele tem que tipo de acompanhamento faz medicamentos que toma as **comorbidades** no geral ver se entende sobre a doença se entende bem como tem que tomar os medicamentos” (Enf14)*

As narrativas das enfermeiras ressaltam a necessidade do desenvolvimento do histórico de enfermagem, para conhecimento das comorbidades do idoso. Pois, estas podem se constituir em fatores para o surgimento de complicações no período perioperatório e pós-operatório.

Timby e Smith (2005, p. 20) afirmam que o histórico de enfermagem se constitui a “etapa inicial do processo de enfermagem é a coleta sistemática de informações, ou dados, com o objetivo de identificar problemas reais ou potenciais de saúde”. Esta etapa inicia-se com o primeiro contato do enfermeiro com o cliente,

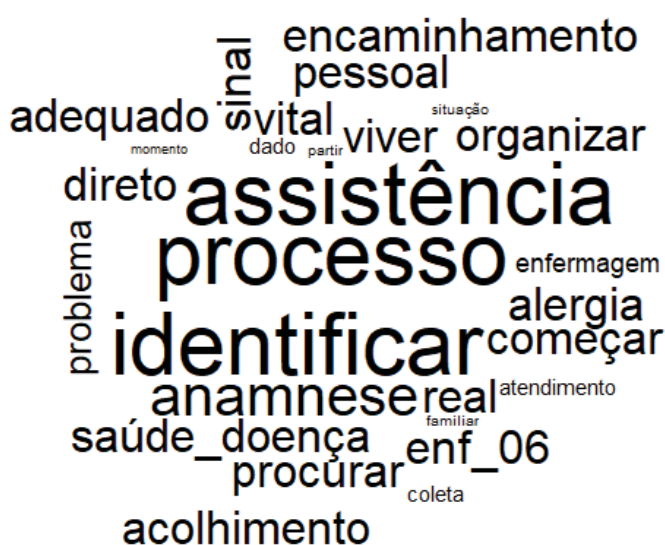
devendo manter o contato contínuo durante a hospitalização, no acompanhamento domiciliar, ou em consultas de enfermagem.

A preocupação com as comorbidades também é exposta no artigo publicado por Sitta et al. (2008, p. 86). Os autores chamam a atenção para a necessidade de uma avaliação pré-operatória, com a finalidade de detectar e mensurar a existência de riscos de complicações no pós-operatório e a determinação de ações para preveni-las. “Os cuidados perioperatórios se tornam mais delicados com a idade pela gravidade da patologia cirúrgica, pela presença de comorbidades e pelas alterações do *status* funcional do idoso”

5.2.1.2 Classe 3 – Processo de Enfermagem na consulta de Enfermagem pré-operatória

Na terceira classe, foram abordadas temáticas sobre o processo de enfermagem na consulta de enfermagem pré-operatória. Essa classe apresentou como as principais palavras: processo, identificar, anamnese, viver e vital. Os discursos compuseram 14,3 % do total do corpus, com aproveitamento de 16 ST. A figura 7 mostra a representação gráfica da classe por meio da nuvem de palavras.

FIGURA 5 – REPRESENTAÇÃO GRÁFICA DA CLASSE 3 EM FUNÇÃO DA FREQUÊNCIA DAS PALAVRAS



Fonte: A autora (2020).

Nos discursos gerados nessa classe os enfermeiros mostram conhecer o processo de enfermagem, bem como a importância do desenvolvimento da SAE, conforme aparecem nos discursos e seguir:

“A consulta de enfermagem é aquela consulta em que o instrumento principal é a enfermeira, o enfermeiro em si, tentar conhecimento com o paciente então todo o histórico pregresso do paciente, os hábitos de vida do paciente, é um momento em que a gente consegue um contato maior com o paciente, com a realidade dele, tendo um objetivo, o objetivo de aperfeiçoar o cuidado com aquele paciente, o treinamento com ele e com a família, orientações basicamente isso.” (Enf 02)

*“[...] a consulta de enfermagem é um momento onde o enfermeiro vai começar o **processo** de enfermagem principalmente a parte de anamnese identificando quais são os reais problemas do paciente a situação em que ele vive socialmente, problemas familiares enfim todo o **processo** de saúde-doença desse paciente identificando alergias enfim para que possa ter uma assistência de enfermagem adequada pra esse paciente durante seu atendimento.” (Enf 06)*

*“[...] e a consulta de enfermagem é em primeiro momento o acolhimento do paciente desde uma **anamnese**, coleta de dados, coleta tanto de dados profissionais, pessoais, sinais vitais.” (Enf03)*

*“[...] a consulta de enfermagem é um momento onde o enfermeiro vai começar o **processo de enfermagem** principalmente a parte de **anamnese** identificando quais são os reais problemas do paciente a situação em que ele vive socialmente.” (Enf06)*

As narrativas acima chamam a atenção para dois elementos essenciais: o processo de enfermagem (PE) e a anamnese. Guedes et al. (2012) corroboram com a importância do desenvolvimento da PE, ao afirmarem que este faz com que a assistência seja pautada na avaliação do paciente, a qual fornece os dados para que os diagnósticos de Enfermagem sejam elencados e direcionem as metas a serem alcançadas. Os autores reiteram também que em conjunto, os diagnósticos de Enfermagem e as metas, são as bases para eleger as intervenções mais apropriadas a cada situação do paciente.

Gutiérrez e Moraes (2017) afirmam que o Processo de Enfermagem é um dos componentes da SAE, no entanto, na literatura nacional e prática, essa concepção não está amplamente compreendida pelos profissionais, pois os termos SAE e PE têm sido utilizados como sinônimos.

Nas narrativas das enfermeiras deste estudo percebe-se que as mesmas possuem conhecimentos específicos acerca de algumas etapas da SAE. Contudo, artigos apresentados nessa discussão mostram resultados diferenciados. No estudo

de Santos (2016), realizado com 12 enfermeiros, com o objetivo de conhecer as potencialidades e fragilidades dos enfermeiros na construção das etapas do PE em um hospital pediátrico, evidenciou que os participantes do estudo apresentaram dificuldades em relação ao conceito de SAE e PE. No entanto, para a implementação da SAE, foram realizadas rodas de conversa, nas quais os conceitos e as etapas do PE foram discutidos, contudo, para a autora, as fragilidades em relação ao tema não são impeditivas para a implementação da SAE no referido hospital, pois os profissionais apresentaram motivação, envolvimento e compromisso com a SAE.

As falas dos participantes indicam a anamnese como estratégia para a coleta de dados do paciente. Autores também confirmam a relevância da realização da anamnese ao considerarem que ela oferece um quadro completo da história da doença atual e patológica pregressa da pessoa. “Descreve o indivíduo como um todo e a forma como ele interage com o ambiente”. A anamnese favorece o conhecimento do paciente num primeiro e importante momento para encaminhar de forma lógica as demais etapas desse contato (SANTOS; VEIGA; ANDRADE, 2011, p. 357).

O discurso abaixo reitera a consulta de Enfermagem como ferramenta, na qual o profissional coloca suas habilidades científicas e técnicas a serviço do paciente:

*“[...] a consulta de enfermagem é a consulta que o profissional enfermeiro faz com o paciente onde ele tem a possibilidade de colocar o seu trabalho em prática além de toda parte da **sistematização da assistência de enfermagem** então a gente consegue verificar o histórico.” (Enf10)*

Apreende-se que a realização da Sistematização da Assistência precisa seguir todas as etapas propostas na Resolução do COFEN 358/09, para que não ocorra danos nas ações de cuidado ao paciente. Segundo essa resolução a SAE organiza-se em cinco etapas inter-relacionadas e interdependentes recorrentes: I - Coleta de dados de Enfermagem (ou Histórico de Enfermagem), II - Diagnóstico de Enfermagem, III Planejamento de Enfermagem; IV – Implementação; V - Avaliação de Enfermagem (COFEN, 2009).

Oliveira et al. (2019, p. 1630) asseveram que para o enfermeiro a aplicação “dos princípios da SAE é uma obrigação não somente de ordem legal, mas também

de ordem ética”. Isso, se faz necessário para atender as perspectivas das pessoas que aspiram por uma assistência de enfermagem com qualidade.

Sistematizar o cuidado implica em utilizar uma metodologia de trabalho embasada cientificamente. A fim, de valorizar a profissão e proporcionar visibilidade para as ações desempenhadas pelo enfermeiro. A sistematização da assistência, também oferece subsídios para o desenvolvimento do conhecimento técnico-científico (TRUPPEL et al., 2009).

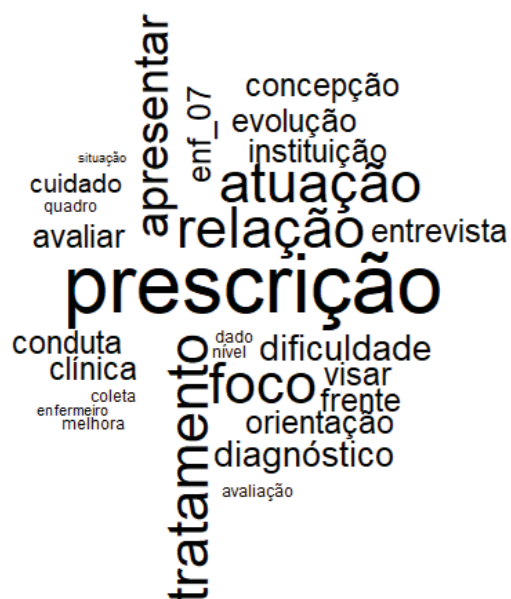
Oliveira et al. (2019) investigaram a percepção e o conhecimento de enfermeiros e acadêmicos de enfermagem brasileiros, quanto à Sistematização da Assistência de Enfermagem. O estudo contou com 596 profissionais de todo o Brasil. Os resultados mostraram que 86% dos participantes percebem a Sistematização da Assistência de Enfermagem como muito importante, mas somente 60,9% a utilizam em sua prática assistencial.

O desconhecimento e a não aplicabilidade da SAE pelos enfermeiros, foi verificado na pesquisa realizada por Silva et al. (2011) em um hospital de grande porte em Recife, Pernambuco. A população foi composta de 107 enfermeiros assistenciais com amostra de 73 (68%). Verificou-se que 50 (69%) não tinham conhecimentos sobre a SAE e especialmente sobre os diagnósticos de enfermagem. Algumas das justificativas dos enfermeiros para não trabalharem com a SAE, foram a sobrecarga de trabalho e escassez de formulários.

5.2.1.3 Classe 4 – Prescrição de Enfermagem na consulta de Enfermagem pré-operatória

As palavras com maior frequência selecionadas para a quarta classe foram: prescrição, tratamento, relação, foco e atuação. Esta classe representou 14,3 % do discurso dos participantes, com 16 ST. A figura 8 mostra a representação gráfica da classe por meio da nuvem de palavras.

FIGURA 6 – REPRESENTAÇÃO GRÁFICA DA CLASSE 4 EM FUNÇÃO DA FREQUÊNCIA DAS PALAVRAS



Fonte: A autora (2020).

Nessa classe os enfermeiros falam da importância da prescrição de enfermagem na consulta pré-operatória. Os discursos a seguir mostram a importância da prescrição:

*“[...] consulta de enfermagem é onde o enfermeiro vai fazer toda anamnese do paciente o histórico conhecer esse paciente realizar o exame físico e fazer o diagnóstico de enfermagem, **prescrever** os cuidados que essa paciente precisa.” (Enf11)*

*“[...] a gente faz uma avaliação dele em como está o quadro uma anamnese faz as evoluções **prescrições** de enfermagem uma conduta frente ao tratamento para depois do que foi avaliado que ele apresenta no momento.” (Enf03)*

A literatura demonstra a importância das prescrições de enfermagem indo ao encontro do que foi relatado nos discursos, porém de forma superficial.

O estudo de Faeda e Perroca (2017) realizado com 139 enfermeiros assistenciais em 20 unidades de internação de um hospital de ensino do estado de São Paulo, com o objetivo de investigar a concepção de enfermeiros sobre a conformidade da prescrição de Enfermagem às necessidades de cuidados de pacientes hospitalizados e fatores associados a esta conformidade, evidenciou que, para 43 (30,9%) enfermeiros, as prescrições de Enfermagem encontram-se, sempre, alinhadas às necessidades de cuidado dos pacientes, para 72 (52,1%), isso ocorre

apenas algumas vezes, enquanto 24 (17%) julgam não estarem alinhadas. Da amostra, 121 (87,3%) referem que a inadequação decorre da incorreta utilização dos recursos da prescrição informatizada, por exemplo, copiar, acrescentar e excluir itens.

Nos discursos dos enfermeiros fica claro que os mesmos compreendem que a prescrição deve ser individualizada e alinhada com a necessidade do paciente, é uma etapa de suma importância na visão dos enfermeiros, reforça-se no discurso a seguir:

*“[...] quais as dificuldades que ele apresenta em relação a isso, para que seja feito um diagnóstico e a atuação com as **orientações, prescrições** de cuidado que é o foco do profissional enfermeiro.” (Enf03)*

Versa et. al (2012) em seu estudo avaliou a qualidade das Prescrições de Enfermagem (PE) em dois hospitais de ensino público, com amostra constituída de 1.307 PE. Os dados foram tratados por meio dos testes G e Qui-quadrado. A determinação da qualidade das PE se baseou nos Índices de Classificação abordados na literatura. Os resultados mostraram que 1.083 (82,8%) PE estavam corretas e adequadas, destes 154 (11,8%) foram verificadas como inadequadas e 52 (3,9%) incompletas, ainda como resultado em 18 (1,37%) prontuários, as PE eram inexistentes.

Ainda conforme os relatos dos enfermeiros quanto ao PE, estes corroboram com a literatura existente acerca do tema, segue um dos discursos:

*“Na minha concepção é toda entrevista enfermeiro/paciente que visa a orientação e coleta de dados do paciente visando o bem estar dele e principalmente da instituição é uma melhora na situação clínica do paciente seja preventivamente ou a nível de **tratamento**.” (Enf07)*

Para Silva et. al. (2011) o planejamento da assistência de enfermagem proporciona a responsabilização junto ao cliente assistido, pois este processo permite ao enfermeiro diagnosticar as necessidades do cliente, fazer a prescrição adequada dos cuidados. E, além de ser aplicado à assistência, norteia a tomada de decisões, frente a diversas situações vivenciadas pelo enfermeiro enquanto gestor da equipe de enfermagem, o que traz à profissão autonomia e melhora das condições de trabalho (SILVA, et al, 2011).

Gomes et al. (2012), investigaram as representações sociais de pacientes de cirurgias ambulatoriais. Eles constataram que a consulta se apresenta como um fator de segurança e confiabilidade da família. Também, ressaltam que é por meio da consulta de enfermagem no pré-operatório que o enfermeiro tem a oportunidade de identificar e intervir junto aos medos e anseios do paciente e de sua família ou acompanhante.

5.2.1.4 Classe 5 – O paciente cirúrgico e a consulta de Enfermagem pré-operatória

As palavras mais frequentes e significativas para a quinta classe foram: cirúrgico, dúvida, pós, pré-operatório, cirurgia. Esta classe representou 17,9% do discurso, com 20 ST aproveitados. A figura 09 mostra a representação gráfica da classe por meio da nuvem de palavras.

FIGURA 7 – REPRESENTAÇÃO GRÁFICA DA CLASSE 5 EM FUNÇÃO DA FREQUÊNCIA DAS PALAVRAS



Fonte: A autora (2020).

Nessa classe os enfermeiros falam da importância da consulta de enfermagem pré-operatória e a abordagem do paciente neste período para as orientações, seguem os discursos:

*“[...] consulta de enfermagem no contexto do centro **cirúrgico** eu imagino que ela possa acontecer em dois momentos antes da cirurgia.” (Enf08)*

*“[...] vai interferir durante a cirurgia e no **pós-cirúrgico** acredito também que seja bem importante as orientações pra reestabelecimento no pós-operatório.” (Enf03)*

Estudo realizado por Christoforo e Carvalho (2009) com o objetivo de caracterizar os cuidados de enfermagem prestados a pacientes em período pré-operatório de cirurgias eletiva, entrevistou 129 pacientes. Evidenciou-se algumas orientações fundamentais a serem realizadas no período pré-operatório: jejum pré-operatório e pós operatório, medicações pré-anestésica, banho e higiene, retirada de órteses e próteses, retirada de adornos, tricotomia, quando e como será realizada, local da cirurgia e cuidados com curativo de ferida operatória.

Teixeira et al. (2013) ainda trazem como importantes as orientações relacionadas ao horário para internamento, pré-operatório e presença acompanhantes, os resultados do trabalho realizado pelos autores, apresentaram o cumprimento adequado destas orientações pelo paciente.

Para os enfermeiros do estudo o entendimento da consulta, se baseia basicamente no esclarecimento de dúvidas dos pacientes. Por ser um processo que não faz parte do cotidiano dos enfermeiros, eles apresentam conhecimentos parciais, quando comparados à literatura científica acerca da consulta pré-operatória e o que ela contempla. Nos discursos a seguir fica vago esse entendimento do que engloba uma consulta:

*“[...] eu entendo que a consulta de enfermagem é uma ferramenta utilizada pelo enfermeiro para esclarecer dúvidas do paciente tanto no pré-operatório quanto no pós operatório não só na questão **cirúrgica** a consulta de enfermagem ela engloba várias outras áreas.” (Enf09)*

*“[...] então acredito que essa consulta de enfermagem no **pré-operatório** vai ser bem importante pra eles tirar todas as dúvidas até dúvidas que realmente são simples. (Enf03)*

Em um estudo realizado por Rocha e Ivo (2015), é reforçada a importância da consulta no período pré-operatório, o estudo teve como objetivo identificar a percepção dos clientes no período pré-operatório sobre a assistência de enfermagem e sua influência no pós-operatório. Os dados coletados de 39, submetidos às cirurgias eletivas, revelaram que no período pré-operatório prevalece as orientações realizadas pelo médico e não pelo enfermeiro. E o profissional enfermeiro não realiza a prescrição de enfermagem, com base na Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE). Segundo os resultados, houve carência de

informações e orientações prestadas pelo enfermeiro na fase pré-operatória, o que dificulta o entendimento e provoca equívocos, havendo necessidade real de implementação de novas práticas, como a prescrição de enfermagem, visando qualificação do atendimento, para minimizar possíveis complicações.

Neste sentido a consulta de enfermagem coopera de forma esclarecedora aliviando a ansiedade, respondendo as dúvidas do cliente acerca de todo o processo cirúrgico. Contribuindo também com avaliação de exames, preparo psicológico, orientações quanto ao preparo pré-operatório físico e cuidados com a pele da região cirúrgica, tornando assim este processo menos traumático e doloroso (SILVA, 2014).

Um estudo realizado em uma unidade cirúrgica de hospital de ensino de Santa Catarina, a população constituiu-se de seis enfermeiros e 25 pacientes cirúrgicos. Teve como objetivos caracterizar as orientações pré-operatórias realizadas pelos enfermeiros e identificar o impacto da orientação pré-operatória na recuperação do paciente cirúrgico. Os resultados demonstraram que a orientação pré-operatória de forma individual proporcionou aos pacientes tranquilidade, bem-estar, otimismo, com redução do medo e a ansiedade, como efeito positivo, cita-se a mobilização precoce e a realização de exercícios respiratórios, resultando em recuperação mais rápida e menos complicações (SANTOS; HENCKMEIER; BENEDET, 2011).

Diante dos relatos dos enfermeiros participantes do estudo e da compilação com a literatura, acredita-se que o a consulta de enfermagem pré-operatória está em delineamento, e há necessidade dos enfermeiros se conscientizarem dessa responsabilidade. Nos discursos fica clara essa preocupação por parte dos enfermeiros e os estudos reforçam os benefícios da implementação de consultas pré-operatórias.

Ascari et al. (2013, p. 21) entendem que “talvez a enfermagem devesse buscar meios de realizar uma consulta, no período pré-operatório mediato, antes da internação”. E nesta consulta realizar uma avaliação, orientando sobre todo o processo do internamento no que se refere aos cuidados, esclarecendo dúvidas, preparando assim o paciente para que, no dia da cirurgia, possua entendimento em relação aos cuidados pré, trans e pós-operatórios, o que teria como consequência uma cirurgia mais tranquila.

6 PROTOCOLO DE CONSULTA DE ENFERMAGEM PRÉ OPERATÓRIA AO PACIENTE IDOSO EM UM HOSPITAL MUNICIPAL DE CURITIBA

O Protocolo de Consulta de Enfermagem Pré-operatória ao Paciente Idoso em um Hospital Municipal de Curitiba (Apêndice 4), foi desenvolvido ao longo da pesquisa por meio da coleta de dados quantitativos acerca das cirurgias realizadas; e também da participação dos enfermeiros do ambulatório de enfermagem, emergência e centro cirúrgico, os quais apontaram os principais itens que precisam compor o protocolo e sua importância no período pré-operatório.

A construção desse protocolo foi ancorada na teoria das quatorze necessidades fundamentais de Virginia Henderson, na qual o paciente é percebido como uma soma de necessidades biopsicossociais que influenciam suas crenças. A prática profissional de Virginia ampliou sua visão na necessidade de independência do paciente e seu progresso após a alta hospitalar. O pressuposto fundamental desta teoria é a de que o enfermeiro é responsável pelo paciente até que ele possa cuidar de si mesmo novamente e que este enfermeiro seja educado no âmbito acadêmico na arte da enfermagem e nos conhecimentos científicos (MCEWEN; WILLS, 2015).

Neste estudo a criação de um protocolo visa direcionar o enfermeiro na consulta ambulatorial no período pré-operatório, respeitando as etapas da Sistematização da Assistência em Enfermagem – SAE. Com o intuito de propiciar ao paciente idoso, segurança e tranquilidade para realização do procedimento cirúrgico e na recuperação de sua saúde.

7 CONCLUSÃO/CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com o presente estudo ancorado pela PCA foi possível delinear as características demográficas e clínicas dos pacientes que realizam cirurgias eletivas na instituição estudada. Bem como analisar as percepções dos enfermeiros acerca da gestão do cuidado ao idoso na consulta pré-operatória. A pesquisa atingiu seu objetivo quanto à descrição da importância da realização da consulta de enfermagem pré-operatória e aos benefícios com a realização da mesma.

Com o trabalho foi possível a construção do protocolo de consulta de enfermagem pré-operatória como produto final. A pesquisa está alinhada com o objetivo do Programa de Pós-graduação Mestrado em Prática em Cuidado em Saúde, em que as pesquisas são desenvolvidas com o objetivo de produzir elementos para a melhoria e qualificação da prática assistencial de Enfermagem, tendo como resultado um produto aplicável à prática.

Os resultados de pesquisa detectaram que a maioria das intercorrências apresentadas no período pós-operatório foi a dor (29,4%). Esse foi um dos motivos da procura dos idosos por atendimento no setor de emergência, seguida de infecção do sítio cirúrgico (21,3%), que gerou busca por atendimento antes do planejado e em alguns casos internação para tratamento medicamentoso.

A população de idosos tem crescido em número e complexidade de assistência. Nessa faixa etária o tratamento cirúrgico tem sido indicado, esse dado foi evidenciado no levantamento do perfil dos idosos representando 28,3% dos pacientes com idade entre 65 e 69 anos. Devido à idade esses pacientes apresentam limitações fisiológicas e vulnerabilidades específicas, que necessitam de compreensão e planejamento por parte da equipe multiprofissional.

O papel do enfermeiro é de suma importância no acolhimento e aproximação às necessidades do paciente, para detectar e esclarecer as dúvidas do idoso, antes da realização da cirurgia. A implantação de protocolos com o intuito de melhorar as etapas do processo cirúrgico e auxiliar a recuperar o idoso mais rapidamente para retornar às suas atividades cotidianas.

A consulta de enfermagem é uma atribuição exclusiva do enfermeiro, é um instrumento que proporciona uma melhora na qualidade da assistência de enfermagem, possibilita ao enfermeiro estabelecer vínculo com o paciente. Por isso, a consulta deve ser implementada no período pré-operatório de cirurgias eletivas. A

consulta de enfermagem possibilita ao enfermeiro captar toda informação relatada pelo paciente, contribuindo para o diagnóstico preciso, e, neste sentido proporcionar ao paciente que será submetido a uma cirurgia assistência de enfermagem que engloba, além das orientações gerais relacionadas ao tratamento cirúrgico e suas consequências, como também ações específicas para o autocuidado, sendo estas planejadas no período pré-operatório.

O enfermeiro precisa orientar quanto ao procedimento cirúrgico a cuidados a serem realizados. Com a finalidade de preparar o paciente fisicamente e psicologicamente, buscando diminuir o nível de ansiedade do paciente, para que quando chegar ao centro cirúrgico esteja preparado para o procedimento, e bem orientado quanto ao pós-operatório, reduzindo assim buscas desnecessárias ao setor de emergência sem um motivo real, reduzindo assim internações hospitalares devido infecções em sítio cirúrgico, uma vez que este paciente foi bem assistido e orientado no período pré-operatório.

O emprego do programa Excel facilitou a organização dos dados quantitativos e a sua apresentação em tabelas. Por sua vez, o *software* IRAMUTEC contribuiu na codificação para a extração dos dados textuais. Ele permitiu a análise dos relatórios gerados com os seguimentos dos textos, dendograma e nuvens de palavras.

Este estudo mostra que a consulta de enfermagem poderá contribuir de forma esclarecedora aliviando a ansiedade, respondendo as dúvidas do paciente acerca de todo o processo cirúrgico. Contribuindo também com avaliação de exames, preparo psicológico, orientações quanto ao preparo pré-operatório físico e cuidados com a pele da região cirúrgica, tornando assim este processo menos traumático e doloroso.

Com a finalidade de otimizar o processo de recuperação pós-operatória o protocolo de consulta de enfermagem traz as orientações ao paciente idoso quanto ao uso correto das medicações para alívio da dor, higiene e cuidado do sítio cirúrgico. Essa importância foi evidenciada nas falas dos enfermeiros participantes do estudo frente à realidade em que estão inseridos.

O enfermeiro precisa utilizar a Sistematização da Assistência de Enfermagem para guiar as etapas da consulta de enfermagem e da assistência que será oferecida ao paciente. Espera-se com a implementação da consulta de enfermagem que os pacientes sejam bem orientados quanto ao autocuidado no

período pós-operatório. Com a implementação da consulta pré-operatória se almeja também, que ocorra a redução de reinternações.

Com base no levantamento dos dados epidemiológicos dos pacientes idosos, das entrevistas realizadas com os enfermeiros e literatura existente sobre a temática, o protocolo de consulta de enfermagem pré-operatória foi construído. Como limitação do estudo, cita-se a não realização de todas as etapas planejadas no projeto. Inicialmente, estava previsto além das entrevistas com os enfermeiros e coleta dos prontuários, a etapa de oficinas de grupo operativo com os enfermeiros, no entanto, as mesmas não puderam ser realizadas devido a pandemia mundial pelo COVID-19, a partir do mês de março de 2020. As oficinas para coleta de dados e a avaliação do protocolo não foram realizadas, pois, a instituição não dispunha mais de salas livres e ainda a necessidade de seguir as recomendações da Ministério da Saúde quanto aos cuidados no distanciamento social e redução de aglomerações de pessoas.

REFERÊNCIAS

ACAUAN, L. V.; RODRIGUES, M. C. S. Percepções da equipe de enfermagem sobre segurança do idoso na tomografia computadorizada cardíaca contrastada. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 23, n. 2, p. 338-346, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072014000200338&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 02 fev. 2019.

ALFARO-LÉFEVRE, R. **Aplicação do processo de enfermagem: fundamentos para o raciocínio clínico**. 8. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2014.

ALVES, K. et al. Análise do conceito “protocolos de enfermagem” a partir da visão evolucionária de Rodgers. **Rev enferm UFPE**. Recife, 8(1):177-82, jan., 2014.

ALVIM, A. L. S. O processo de enfermagem e suas cinco etapas. **Enfermagem em Foco**, Brasília, v. 4, n. 2, p. 140-41, 2014. Disponível em <<http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/531>>. Acesso em: 06 ago. 2020.

ASCARI, R. A. et al. Percepções do paciente cirúrgico no período pré-operatório acerca da assistência de enfermagem. **Rev enferm UFPE**, v.4, n. 7, p.1136-1144, 2013.

BAKER, L. Dicionário de Termos Médicos. 4. ed. **Referência Reviews**, v. 18, n.7, p. 37-37, 2004.

BARBOSA, B. R. et al. Avaliação da capacidade funcional dos idosos e fatores associados à incapacidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 8, p. 3317-3325, 2014.

BERLEZI, E. M. et al. Como está a capacidade funcional de idosos residentes em comunidades com taxa de envelhecimento populacional acelerado? **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p. 643-652, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v19n4/pt_1809-9823-rbgg-19-04-00643.pdf>. Acesso em: 14 jan. 2019.

BEZERRA, I. M. P.; SORPRESO, I. C. E. Conceitos de saúde e movimentos de promoção da saúde em busca da reorientação de práticas. **J. Hum. Growth Dev.**, São Paulo, v. 26, n. 1, p. 11-20, 2016. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12822016000100002&lng=pt&nrm=iso>. Acessos em: 13 jul. 2020.

BOLTZ, M. et al. Implementation of geriatric acute care best practices: Initial results of the NICHE SITE self-evaluation. **Nursing and Health Sciences**, v.15, p. 518-524, 2013.

BORGHI, A. C. S. **As complicações pós-operatórias do paciente idoso e as implicações ao cuidado de enfermagem gerontológico**. 147 f. 2007. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Paraná. Curitiba, 2007.

BRASIL, Presidência da República. **Decreto-Lei nº 7.498**, de 25 de junho de 1986. Regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 26 jun. 1986. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/lei-n-749886-de-25-de-junho-de-1986_4161.html>. Acesso em: 11 nov. 2019.

_____. **Decreto nº 1.948**, de 3 de julho de 1996. Regulamenta a Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994. Brasília: Presidência da República, 1996.

_____. Ministério da Saúde. Portaria **nº 2528**, de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional da Pessoa Idosa, Brasília: Ministério da Saúde; 2006a.

_____. Secretaria de Vigilância em Saúde. Política Nacional de promoção da saúde. Secretaria da Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2006b.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**/ Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2006c.

_____. **Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento**. Brasília, DF, 2010. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencaosaudepessoa idosa envelhecimento v12.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencaosaudepessoa%20idosa%20envelhecimento%20v12.pdf)>. Acesso em: 6 nov. 2018.

_____. **Resolução nº 466**, de 12 de dezembro de 2012. Aprova sob a ótica do indivíduo e das coletividades, referenciais da bioética, tais como, autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade, dentre outros, e visa a assegurar os direitos e deveres que dizem respeito aos participantes da pesquisa, à comunidade científica e ao Estado. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html>. Acesso em: 2 jul. 2018.

_____. Presidência da República, **Decreto nº 814**, de 30 de setembro de 2013. Estabelece o Compromisso Nacional para o Envelhecimento Ativo e institui Comissão Interministerial para monitorar e avaliar em seu âmbito e promover a

articulação de órgãos e entidades públicas envolvidos em sua implementação. Brasília: Casa Civil, 2013.

_____. **Morbidade hospitalar por local de internação**. DATASUS, 2014. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?sih/cnv/niuf.def>. Acesso em: 7 dez. 2018.

CÂMARA, A. M. et al. Percepção do processo saúde-doença: significados e valores da educação em saúde. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 1, supl. 1, p. 40-50, mar. 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022012000200006&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 5 ago. 2020.

CAMARGO, B. V.; JUSTO, A. M. **Tutorial para uso do software de análise textual IRAMUTEQ**. Universidade Federal de Santa Catarina, 2013a. Disponível em: <http://www.iramuteq.org/documentation/fichiers/tutoriel-enportugais>. Acesso em: 21 out. 2018.

CAMARGO.; B. V.; JUSTO, A. M. IRAMUTEQ: um software gratuito para análise de dados textuais. **Temas psicol.**, Ribeirão Preto, v. 21, n. 2, p. 513-518, 2013b. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2013000200016&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 10 ago. 2020.

CAMARGO, B. V.; JUSTO, A. M. **Tutorial para uso do software IRAMUTEQ (Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires)**. Universidade Federal de Santa Catarina, 2016. Disponível em: http://www.iramuteq.org/documentation/fichiers/Tutorial%20IRaMuTeQ%20em%20portugues_17.03.2016.pdf. Acesso em: 10 jun. 2020.

CARVALHO FILHO, E. T.; BETITO, R. M. Pré e pós-operatório. In: CARVALHO FILHO, E. T.; PAPALÉO NETTO, M. **Geriatría: fundamentos, clínica e terapêutica**. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2005. p. 633-43.

CAVALCANTI, S. L.; JUCÁ, M. J. Avaliação do estresse em idosos submetidos à cirurgia eletiva geral e digestiva. **Rev Portal Saúde Soc**, v.1, n. 1, p. 42-54, 2016.

CHRISTÓFORO, B. E. B.; Carvalho, D. S. Cuidados de enfermagem realizados ao paciente cirúrgico no período pré-operatório. **Rev Esc Enf. USP**, v.1, n.43, p. 14-22, 2009.

COELHO, J. C. U. et al. Resultado da colecistectomia laparoscópica em idosos. **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões**, v. 45, n. 5, p. 1-8, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-

69912018000500157&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 18 set. 2020. Epub Nov 14, 2018.

COLÉGIO BRASILEIRO DE CIRURGIÕES (CBC). Ano 2 - Fascículo 11, 2002
Programa de Autoavaliação em Cirurgia. Rio de Janeiro: Diagraphic Editora Ltda, 2002. 18p.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DO RIO DE JANEIRO. **Resolução Cofen-159/1993**. Dispõe sobre a consulta de enfermagem [Internet]. Brasília: Cofen, 1993. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen1591993_4241.html>. acesso em 11 nov. 2019.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Resolução nº 358**, de 15 de outubro de 2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. Brasília, 2009. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3582009_4384.html>. Acesso em: 2 jul. 2020.

COSTA, V. A. S. F.; SILVA, S. C. F.; LIMA, V. C. P. O pré-operatório e a ansiedade do paciente: a aliança entre o enfermeiro e o psicólogo. **Rev SBPH**, v. 13, n.2, p.282-298, 2010.

COSTALINO, L. R. A enfermagem e a dor do paciente na sala de recuperação pós-anestésica: formas de identificação e condutas interventivas. **SALUSVITA**, Bauru, v. 34, n. 2, p. 231-250, 2015.

CURCIO. R.; LIMA, M.H.M; TORRES, H. C. Protocolo para consulta de enfermagem: assistência a pacientes com diabetes mellitus tipo 2 em insulinoterapia. **Rev Gaúcha Enferm**, Porto Alegre, v. 30, n. 3, p. 552-557, 2009.

CRESWELL, J. W. **Projeto de Pesquisa: Métodos quantitativo, qualitativo e misto**. Porto Alegre: Artmed. 2010.

ENOKIBARA, M. P.; LAMARCA, F. R. R. S.; ALBUQUERQUE, D. C. O idoso na cirurgia cardíaca: mudança do perfil da clientela: adaptações no cuidar da enfermagem. **Rev Eletrônica Estácio Saúde**, v. 4, n. 2, p.17-26, 2015.

FAEDA, M. S.; PERROCA, M. G. Conformity of nurse prescribing to care needs: nurses' understanding. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 70, n. 2, p. 400-406, mar./abr. 2017. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v70n2/0034-7167-reben-70-02-0400.pdf>>. Acesso em: 26 jun. 2020.

FARIAS, R. G.; SANTOS, S. M. A. Influência dos determinantes do envelhecimento ativo entre idosos mais idosos. **Texto Contexto – Enferm**, v. 21, n. 1, p.167-176, 2012.

FERREIRA-JUNIOR, M. A.; BENEDET, S. Cuidados de enfermagem relacionados ao idoso em situações cirúrgicas. In: GONÇALVES, L.H.; TOURINHO, F.S.V. (Orgs). **Enfermagem no cuidado ao idoso hospitalizado**. Barueri: Manole; 2012. p. 222-250.

FIGHERA, J.; VIERO, E. V. Vivências do paciente com relação ao procedimento cirúrgico: fantasias e sentimentos mais presentes. **Rev SBPH**, v. 8, n. 2, p. 51-63, 2005.

FREITAS, E. V.; PY, L. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013.

GAIOLO, C. C. L. O.; FUREGATO, A. R; SANTOS, J. L. F. Perfil de cuidadores de idosos com doença de Alzheimer associado a resiliência. **Texto Contexto – Enferm**, v. 21, n. 1, p. 150-157, 2012.

GARCIA, S. D. et al. O significado do cuidado perioperatório para o idoso. **Rev Enferm UFSM**, v. 4, n. 1, p. 55-66, 2014.

GARCEZ-LEME, L. E.; LEME, M. D. Costs of elderly health care in Brazil: challenges and strategies. **Medical Express**, v. 1, n. 1, p. 3–8, 2014.

GEIS, J.; BRAUN, M. Vessel support, delivery system for vessel support and method for preventive treatment of aorta diseases. **U.S. Patent Application** n. 10, p. 366-988, 2003.

GOMES, A. M. T. et al. Representação social da cirurgia ambulatorial: Compreendendo o processo de atendimento e o papel do enfermeiro. **Rev enferm UERJ**, v. 20, n. 3, p. 328-33, 2012.

GONÇALVES, L. I. T.; ALVAREZ, A. M.; SANTOS, S. M. A. Cuidadores leigos de pessoas idosas. In: DUARTE, L. A. O.; DIOGO, M. J. E. **Atendimento Domiciliar: um enfoque gerontológico**. São Paulo: Atheneu; 2005. 630p.

GONÇALVES, L. H. T.; TOURINHO, F. S. V. **Enfermagem no cuidado do idoso hospitalizado**. Barueri: Manole, 2012.

GUEDES, E. S. et al. Attitudes of nursing staff related to the nursing process. **Rev. esc. enferm.** USP, São Paulo, v. 46, p. 130-137, out. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46nspe/en_19.pdf>. Acesso em: 26 jun. 2020.

GUTIÉRREZ, M. G; MORAIS, S. C. Systematization of nursing care and the formation of professional identity. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 70, n. 2, p. 436-444, abr .2017. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v70n2/0034-7167-reben-70-02-0436.pdf>>. Acesso em: 26 jun. 2020.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Censo Demográfico 2010. **Características da população e dos domicílios**. Rio de Janeiro (RJ): IBGE, 2011.

JUSTO, A. M, CAMARGO, B. V. Estudos qualitativos e o uso de softwares para análises lexicais. **Anais**. X Seminário Analítico de Temas Interdisciplinares (Siat) e II Seminário de Pesquisa Inovadora na Formação de Professores (Serpro); 2014 set. 18-19. Caderno de artigos; Duque de Caxias (RJ): Unigranrio; 2014. p.37-54.

KOJIMA, Y.; NARITA, M. Postoperative outcome among elderly patients after general anesthesia. **Acta Anaesthesiologica Scandivanic**, v. 50 , n. 1, p. 19-25. 2013. Disponível em <<https://doi.org/10.1111/j.1399-6576.2005.00882.x>>. Acesso em: 8 ago. 2020

KÜSTER FILHO, A.C. et al. Estudo comparativo da população geriátrica cirúrgica no Hospital de Clínicas, Curitiba – UFPR, no intervalo de dez anos (1989-1999). **Ver Bras Med**, São Paulo, v.59, n.6, p. 475-478, 2002.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. de A. **Metodologia do trabalho científico**. 7a. ed. São Paulo: Atlas, 2011.

LEME L. E. G. et al. Cirurgia ortopédica em idosos: aspectos clínicos. **Rev Bras Ortop**. V 46 n. 3 . 238-46 2011. 2017]; Disponível em :< <https://bit.ly/2Gplz8G>>. Acesso em junh. 2020.

LI, Y. et al. Is Comprehensive Geriatric Assessment Recognized and Applied in Southwest China? A Survey From Sichuan Association of Geriatrics. **Journal of the American Medical Directors Association**, v. 14, n. 10, p. 775, 2013.

LIMA, F. E. T. **Protocolo de consulta de enfermagem ao paciente após a revascularização do miocárdio**: avaliação da eficácia. Tese (doutorado) – Universidade Federal do Ceará. Fortaleza, 2007.

MACÊDO, S. M.; SENA, M. C. S.; MIRANDA, K. C. L. Consulta de enfermagem ao paciente com HIV: perspectivas e desafios sob a ótica de enfermeiros. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 66, n. 2, p. 196-201, 2013.

MACHADO, P. Y. **Atuação da equipe de enfermagem no pré-operatório:** buscando a cirurgia segura. Monografia (graduação) – Centro Universitário do Sul de Minas – UNIS/MG, 2016.

MAFETONI, R. R.; HIGA, R.; BELLINI, N. R. Comunicação enfermeiro-paciente no pré-operatório: revisão integrativa. **Rev Rene**, v.4, n. 12, p.859-865, 2011.

MANZINI, F. C.; SIMONETTI, J. P. Consulta de enfermagem aplicada a clientes portadores de hipertensão arterial: uso da teoria do autocuidado de Orem. **Rev Latino-am Enfermagem**, v.17, n. 1, p. 113-119, 2009.

MARANDOLA, P. G. et al. Consulta de Enfermagem ao paciente em pré-transplante de fígado: elaboração de um protocolo. **Rev Enferm Cent O Min**, v.1, n.3, p. 324-33, 2011.

MARTINS, J. J. et al. O Processo de viver e de ser cuidado de idosos e a percepção dos cuidadores. **Cogitare Enferm**. v.16, n. 1, p. 96-103, 2011.

MCEWEN, M.; WILLS, E. M. **Bases Teóricas de Enfermagem**. Artmed. Porto Alegre. 4. ed., 2015.

MEDEIROS, M. L. B.; DANTAS, J. D. C. Os benefícios da consulta pré-operatória de enfermagem. **SOBECC**, 2017. Disponível em: <http://sobecc.tmeventos.com.br/anais2017/pdfs/trabalho_2421.pdf>. Acesso em: 5 jun. 2020.

MEIER, A. C. et al. Analysis os Intensity, Sensory and Affective Aspects os Pain of Patients in Immediate Postoperative Care. **Rev Gaúcha Enferm**, v. 38, n. 2, p. 1-8, 2017.

MENDES, M. R. S. S. et al. A situação social do idoso no Brasil: uma breve consideração. **Acta paul. enferm**, São Paulo, v. 18, n. 4, p. 422-426, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002005000400011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 ago. 2020.

MENDOZA, I. Y. Q. **Paciente idoso cirúrgico:** complicações no período de recuperação pós-anestésica. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2006.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 16 ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

MOIMAZ, S. A. S. et al. Análise qualitativa do aleitamento materno com o uso do software IRAMUTEQ. **Saúde e Pesquisa**, v. 9, n. 3, 2017. Disponível em: <<http://periodicos.unicesumar.edu.br/index.php/saudpesq/article/view/5649>>. Acesso em: 21 out. 2018.

MORAES, E. N. **Princípios Básicos de Geriatria e Gerontologia**. Belo Horizonte: Coopmed, 2008.

MORAES, E. N. **Atenção à saúde do Idoso: Aspectos Conceituais**. / Edgar Nunes de Moraes. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

NASCIMENTO, P. D. F. S.; BREDES, A. C.; MATTIA, A. L. Complicações em idosos em Sala de Recuperação Pós-Anestésica (SRPA). **SOBECC**. v. 20, n. 2, 2015. P. 64-72. Disponível em: <<https://revista.sobecc.org.br/sobecc/article/view/6>>. Acesso em: 5 jun. 2020.

NETO, A. P.; TEIXEIRA, J. B. A.; BARBOSA, M. H. Elaboração de um instrumento para o preparo pré-operatório em cirurgias cardíacas. **O Mundo da Saúde. São Paulo**, v. 32, n. 1, p. 107-110, 2008.

NICOLATO, F. V.; DO COUTO, A. M.; DE CASTRO, E. A. B. Capacidade de autocuidado de idosos atendidos pela consulta de enfermagem na atenção secundária à saúde. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, v. 6, n. 2, p. 2199-2211, 2016.

OLIVEIRA, J. C. A.; TAVARES, D. M. S. Atenção ao idoso na estratégia de saúde da família: atuação do enfermeiro. **Rev Esc Enferm USP**, v. 44, n. 3, p. 774-781, 2010.

OLIVEIRA, D. F.; NAKAJIMA, G. S.; BYK, J. Cirurgia em pacientes idosos: revisão sistemática da literatura. **Rev Bioét**, v. 27, n. 2, p. 304-312, 2019.

OLIVEIRA, M. R. et al. Sistematização da assistência de enfermagem: percepção e conhecimento da enfermagem **Brasileira**. **Rev Bras Enferm**, v. 72, n. 6, p. 1625-1631, 2019.

OLIVEIRA, S. K. P. et al. Temas abordados na consulta de enfermagem: revisão integrativa da literatura. **Rev bras enferm**, v. 6 n. 1, p. 155-161, 2012.

PAES, G. O.; LEITE, J. L. Protocolos assistenciais: a práxis em enfermagem e sua interface com a tecnologia em saúde. In: SIMPÓSIO NACIONAL DE PESQUISA EM ENFERMAGEM, 17., 2013, Natal. **Anais...** Natal: ABEn, 2013. p. 167-168.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Superintendência de Atenção à Saúde. **Linha guia da Saúde do Idoso**. 149 p. Curitiba, 2017.

PASSOS, M. A.; PORTARI-FILHO, P.E. Antibiotic prophylaxis in laparoscopic cholecistectomy: is it worth doing? **Arq Bras Cir Dig**, v. 29, n. 3, p. 170-172, 2016.

PAULA, G. R. et al. Assistência de enfermagem e dor em pacientes ortopédicos na recuperação anestésica, no Brasil. **Revista Dor**, São Paulo, v. 12, n. 3, p. 265-269, jul./set, 2011.

PELARIGO, A. S. C. P. implementação da consulta de enfermagem pré-operatória cuidar no pré preparando o pós operatório. **Relatório de Projeto/Estágio do Mestrado em Enfermagem Perioperatória**. Escola Superior de Saúde. Setúbal: Instituto Politécnico de Setúbal, 2019.

PERRANDO, M. S. et al. O preparo pré-operatório na ótica do paciente cirúrgico. *Rev. Enferm. UFSM*, Rio Grade do Sul, v. 1, n. 1, p. 61-70, 2011.

PETROIANU, A. Cirurgia no paciente idoso. **Rev Col Bras Cir**, v. 35, n. 3, p. 153-154, 2008.

PIMENTA, C. A. M et. al. **Guia para a construção de protocolos assistenciais de enfermagem**. COREN/SP, 2014.

PILER, A. A. **Boas práticas obstétricas**: guia para sistematização dos cuidados de enfermagem no processo de parturição. 169p. Dissertação (Mestrado em enfermagem) - Programa de Pós-graduação em Enfermagem. Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2018.

POPIM, R. C. et al. Diagnósticos de enfermagem prevalentes em geriatria segundo grau de dependência. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 9, n. 1, p. 21-27, 2010.

RANDALL, S. et al. Impact of community based nurse-led clinics on patient outcomes, patient satisfaction, patient access and cost effectiveness: A systematic review. **International Journal of Nursing Studies**, v. 73, n. March, p. 24–33, ago. 2017.

ROCHA, D. R.; IVO, O. P. Assistência de enfermagem no pré-operatório e sua influência no pós-operatório: uma percepção do cliente. **Revista Enfermagem Contemporânea**, v.4, n.2, p.170-178, 2015.

SALMAZO-SILVA, H.; LIMA-SILVA, T. B. Vulnerabilidade e aspectos biopsicossociais e velhice. **Revista Temática Kairós**, v.16, n. 6, p. 1-5, 2012.

SANTOS, D. S. et al. Processo saúde/doença e estratégia de saúde da família: o olhar do usuário. **Rev Latino-Am Enfermagem**, v. 22, n. 6, p. 918-925, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rlae/v22n6/pt_0104-1169-rlae-0002-2496.pdf>. Acesso em: 20 jul. 2020.

SANTOS, S. S. C. et al. Classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde: utilização no cuidado de enfermagem a pessoas idosas. **REBEn**, v. 66, n. 5, p. 789-793, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v66n5/21.pdf>>. Acesso em: 1 jun. 2018.

SANTOS, N., VEIGA, P., ANDRADE, R. Importância da anamnese e do exame físico para o cuidado do enfermeiro. **Rev. bras. enferm.**, Brasília , v. 64, n. 2, p. 355-358, 2011 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672011000200021&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 5 ago 2020.

SANTOS J., HENCKMEIER L., BENEDET S. A. O impacto da orientação pré-operatória na recuperação do paciente cirúrgico. **Revista Enfermagem em Foco**, v. 2. N. 3, p. 184-187, 2016 Disponível em: <<http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/131>>. Acesso em: 3 ago. 2020.

SANTOS, R. C. M. **Sistematização da Assistência de Enfermagem: construção de um modelo para o processo de Enfermagem em um hospital pediátrico**. 2016. 126 f. Dissertação. (Mestrado Profissional de Gestão do Cuidado em Enfermagem) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2016. Disponível em: <<https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/167860/341410.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>. Acesso em: 26 maio 2020.

SANTOS, W. N. et al. Sistematização da assistência de enfermagem: o contexto histórico, o processo e obstáculos da implantação. **Journal of Management and Primary Health Care**, v. 5, n. 2, p. 153-58, 2014.

SCAIN, S. F. et al. Acurácia das intervenções de enfermagem para pacientes com diabetes mellitus tipo 2 em consulta ambulatorial. **Revista gaúcha de enfermagem**, v. 34, n. 2, p. 14–20, 2013.

SILVA, M. L. C. **A importância da consulta de enfermagem para o cliente no período pré-operatório de cirurgias eletivas**. Monografia (Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem). Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis. SC, 2014.

SILVA, E. G. C. et al. O conhecimento do enfermeiro sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem: da teoria à prática. **Rev Esc Enferm USP**, v.45, n. 6, p. 1380-1386, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000600015&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 5 ago. 2020.

SITTA C. et al. Avaliação perioperatória do idoso. **Geriatrics & Gerontology**, v.2, n. 2, p. 86-94, 2008. Disponível em: <<https://cdn.publisher.gn1.link/ggaging.com/pdf/v2n2a09.pdf>>. Acesso em: 5 ago. 2020.

SOUSA, T. R.; PEDROSO C. F.; FERREIRA, J. D. C. Diagnósticos e intervenções de enfermagem em pacientes no pré-operatório de cirurgia bariátrica. **Rev Cien Escol Estad Saud Publ Cândido Santiago-RESAP**, v. 3, n. 3, p. 166-176, 2017.

SPERANZINI, M. B.; DEUTSCH, C. R. Cirurgia. In: CARVALHO FILHO, E. T.; PAPALÉO NETTO, M. **Geriatrics: Fundamentos, clínica e terapêutica**. 2. ed. São Paulo: 2005. p. 653-660.

STRAUSS, A.; CORBIN, J. (2008). **Pesquisa qualitativa: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada**. Tradução de: Rocha, L. O. da. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008. 288p.

TAKI-ELDIN, A.; BADAWY, A. E. Outcome of laparoscopic cholecystectomy in patients with gallstone disease at a secondary level care hospital. **ABCD Arq Bras Cir Dig.**, v. 31, n. 1, p. 1-4, 2018.

TEIXEIRA, F. M. C. et al. Revision study of inguinal hernia repair surgery: Lichtenstein technique versus laparoscopic. **Rev Med Minas Gerais**, v. 27, p. 44-51, 2017.

TEIXEIRA, M. V. et al. Avaliação dos resultados das orientações pré-operatórias a pacientes submetidos à cirurgia cardíaca eletiva. **R. Enferm. Cent. O. Min.**, v. 3, n. 2, p. 620-631, 2013. Disponível em: <<http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/329>>. Acesso em: 5 ago. 2020.

TIMBY, B. K., SMITH, N. E. Enfermagem médico cirúrgica. 8. ed. Barueri: Editora Manole, 2005. 1280p

TOMASI, A. V. R. et al. Prevalence of surgery in elderly. **Journal of Nursing UFPE**, on line, v. 11, n. 9, p. 3395-3401, 2017.

TRENTINI, M.; PAIM, L. **Pesquisa convergente-assistencial**: um desenho que une o fazer e o pensar na prática assistencial em saúde-enfermagem. Florianópolis: Insular, 2004.

TRENTINI, M.; PAIM, L.; SILVA, D. M. G. **Pesquisa convergente-assistencial**: delineamento provocador de mudanças nas práticas de saúde. 3. ed. Porto Alegre: Moriá, 2014.

TRESCHER, G. P. **Consulta de Enfermagem às mulheres com câncer de mama no pré-operatório ambulatorial: Construção dos Registros Informatizados**. Dissertação (mestrado) – Programa de Pós Graduação Gestão do Cuidado em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, 2018.

TRUPPEL, T. C et al. Sistematização da Assistência de Enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva. **Rev bras enferm**, Brasília, v. 62, n. 2, p. 221-227, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672009000200008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 ago. 2020.

VASCONCELOS, A. S. et.al. Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória em cirurgia da cavidade oral ambulatorial. **Rev. SOBECC**, São Paulo, v. 19, n. 1, p. 34-43, 2014.

VENDITES, S.; ALMADA-FILHO, C. M.; MINOSSI, J. M. Aspectos gerais da avaliação pré-operatória do paciente idoso cirúrgico. **ABCD Arq Bras Cir Dig**, v. 23, n. 3, p. 173-182, 2010.

VERSA G. L. G. S. et al. Avaliação da qualidade das prescrições de enfermagem em hospitais de ensino público. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre (RS), v. 33, n. 2, p. 28-35, 2012. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/rgenf/v33n2/06.pdf>> Acesso em: 8 ago. 2020.

WERNECK, F. M. A.; FARIA, H. P.; CAMPOS, K. F. C. **Protocolo de cuidados à saúde e de organização do serviço**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, Coopmed, 2009. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1750.pdf>>. Acesso em: 22 jan. 2019

WILLIG, M. H. **Cuidar/gerenciar: possibilidades de convergência no discurso coletivo das enfermeiras**. 120p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2004.

ZULIAN, M.; SOUZA, B. J.; MIRANDA, R. G. Excel/vba para gerenciamento de micro e pequenas empresas excel. **Revista Científica da FHO|Uniararas**, Araras, v.1, n.2, p. 7-21, 2013. Disponível em: <http://www.uniararas.br/revistacientifica/_documentos/art.2-004-2012.pdf>. Acesso em: 18 abr. 2020.

**APÊNDICE 1 – INSTRUMENTO DE COLETA DE INFORMAÇÕES
DEMOGRÁFICAS DOS PACIENTES SUBMETIDOS À CIRURGIA**

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
SETOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

Pesquisador responsável: Profa. Dra. Mariluci Hautsch Willig

Mestranda: Enfa. Rosilaine de Oliveira

Local da coleta de dados: Prontuário eletrônico via sistema Tasy e E-Saude.

Período: 07/2018 à 07/2019

ROTEIRO PARA REGISTRO

Data: _____ Número do prontuário: _____

Idade: _____ Sexo: _____

Tipo de cirurgia realizada: _____

Intercorrências encontradas:

() Deiscência de sutura:

() Febre

() Infecção do sítio cirúrgico

() Sangramento

() Hipertensão

() Choque hipovolêmico

() Óbito

() Reação da anestesia

() Alteração de ECG

() Cancelamento da cirurgia

() Dor local

() Reincidência

APÊNDICE 2 – INSTRUMENTO DE COLETA DE INFORMAÇÕES ENTREVISTA

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

SETOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

Pesquisador responsável: Profa. Dra. Mariluci Hautsch Willig**Mestranda:** Enfª. Rosilaine de Oliveira**Local da coleta de dados:** Ambulatório do Hospital do Idoso Zilda Arns

Data: ____/____/____

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

Nome: _____ Código: _____

Idade: _____ Sexo: _____

Tempo de atuação na assistência em enfermagem: _____

Setor de atuação atual: _____

Capacitação/Especialização: _____

ENTREVISTA: COMPREENSÃO DOS ENFERMEIROS ACERCA DA CONSULTA DE ENFERMAGEM PRÉ OPERATÓRIA

1. O que o você entende por consulta de Enfermagem?
2. Você acha importante a consulta de Enfermagem pré-operatória? Explique por quê:
3. Quais os itens que julga fundamental a serem abordados na consulta pré-operatória?

APÊNDICE 3 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA OS ENFERMEIROS

Nós, Dra. Mariluci Hautsch Willig, Professora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – Mestrado Profissional da Universidade Federal do Paraná e Rosilaine de Oliveira, Enfermeira e Mestranda em Enfermagem, pesquisadora da Universidade Federal do Paraná, estamos convidando o senhor/Sra. Usuário do ambulatório do Hospital do Idoso Zilda Arns à participar de um estudo intitulado “Protocolo de Consulta de enfermagem pré-operatória”

a) O estudo tem como objetivo geral: Construir e validar um protocolo para consulta de enfermagem pré-operatória no ambulatório de Enfermagem em uma instituição hospitalar.

Objetivos específicos:

Identificar as características demográficas e clínicas dos idosos submetidos à cirurgia geral no ano de 2018 a 2019 na instituição hospitalar pesquisada.

b) Inicialmente será realizada uma entrevista individual, neste momento será entregue o termo de consentimento livre e esclarecido que deverá ser lido, preenchido e assinado pelo participante.

c) Alguns riscos relacionados ao estudo podem ser: constrangimento ao participar da entrevista. Caso isso ocorra, você poderá optar por interromper ou descontinuar a participação na pesquisa, sendo necessário somente manifestar sua desistência, sem que isso lhe cause qualquer dano.

d) As pesquisadoras, responsáveis por este estudo poderão ser localizadas para esclarecer eventuais dúvidas que você possa ter e fornecer-lhe as informações que queira, antes, durante ou depois de encerrado o estudo, conforme descrito a seguir:

Profa. Dra. Mariluci Hautsch Willig. Av. Pref. Lothário Meissner, 632, 3º andar – Jardim Botânico, de segunda a sexta, das 14h às 17h. e-mail: familiawillig@terra.com.br, telefone (41) 3361-3721.

Enfermeira Mestranda Rosilaine de Oliveira telefone (41) 99678-1948, Educação Continuada, andar térreo do Hospital do Idoso Zilda Arns, Rua Lothário Boutin nº90, telefone 3316-5900, de segunda a sexta das 07h às 13h, ou pelo e-mail oliveirarosilaine@yahoo.com.br; telefone (41) 99678-1949.

e) Se você tiver dúvidas sobre seus direitos como participante de pesquisa, você pode contatar Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos – CEP/HC/UPFR pelo Telefone

3360-1041. O CEP trata-se de um grupo de indivíduos com conhecimento científicos e não científicos que realizam a revisão ética inicial e continuada do estudo de pesquisa para mantê-lo seguro e proteger seus direitos.

f) A sua participação neste estudo é voluntária e se você não quiser mais fazer parte da pesquisa poderá desistir a qualquer momento e solicitar que lhe devolvam o termo de consentimento livre e esclarecido assinado. A sua recusa não implicará em nenhum dano.

g) As despesas necessárias para a realização da pesquisa não são de sua responsabilidade. O participante não receberá qualquer valor em dinheiro pela sua participação no estudo.

h) Quando os resultados forem publicados, não aparecerá seu nome, e sim um código.

Eu, _____ li esse termo de consentimento e compreendi a natureza e objetivo do estudo do qual concordei em participar. A explicação que recebi menciona os riscos e benefícios. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento sem justificar minha decisão e sem que esta decisão afete minhas condições de trabalho ou traga qualquer prejuízo para mim.

Eu concordo voluntariamente em participar deste estudo.

Rubricas:

Participante da Pesquisa e /ou responsável legal _____

(Nome e Assinatura do participante da pesquisa)

Curitiba, ____ de _____ 201__.

(Somente para o responsável do projeto)

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste participante ou representante legal para a participação neste estudo.

APÊNDICE 4 – PROTOCOLO DE CONSULTA DE ENFERMAGEM PRÉ-OPERATÓRIA AO PACIENTE IDOSO

PROTOCOLO DE CONSULTA DE ENFERMAGEM PRÉ-OPERATÓRIA AO PACIENTE IDOSO



ELABORAÇÃO
ENFERMEIRA MESTRANDA ROSILAINE DE OLIVEIRA
ORIENTAÇÃO
PROFESSORA DOUTORA MARILUCI HAUTSCH WILLIG

**CURITIBA
2020**

designed by  **freepik**

PROTOCOLO DE CONSULTA DE ENFERMAGEM PRÉ-OPERATÓRIA AO PACIENTE IDOSO



ELABORAÇÃO

ENFERMEIRA MESTRANDA ROSILAINE DE OLIVEIRA

ORIENTAÇÃO

PROFESSORA DOUTORA MARILUCI HAUTSCH WILLIG



HOSPITAL DO IDOSO
ZILDA ARNS

CURITIBA
2020

Apresentação

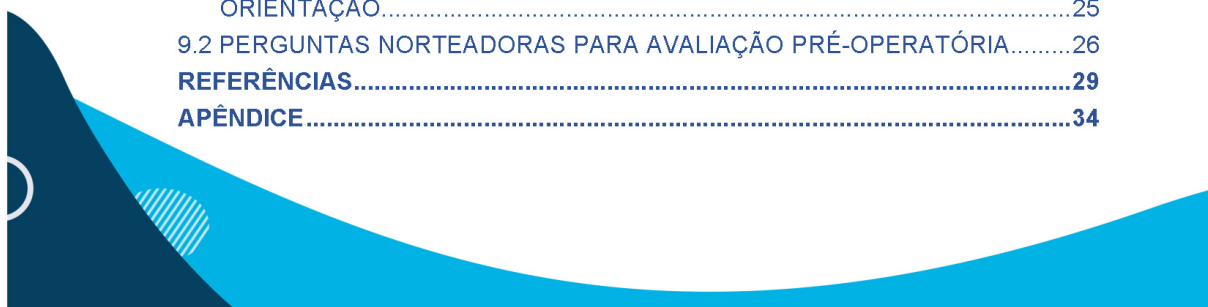
Este protocolo foi elaborado com o propósito de direcionar o enfermeiro na consulta ambulatorial no período pré-operatório, para realizar orientações, anamnese e exame físico. Bem como, propiciar ao paciente idoso segurança e tranquilidade para realização do procedimento cirúrgico.

Tendo em vista os desafios dos serviços de saúde, frente ao envelhecimento populacional e o aumento dos atendimentos ambulatoriais a esta população, foi proposto um protocolo que visa ações a serem desenvolvidas pelo enfermeiro no ambulatório e que garantam segurança, preparo e entendimento do processo cirúrgico pelo paciente.

Utilizou-se de figuras de acesso livre para a arte visual, também com a apoio de profissional para a formatação final do protocolo. Após sua aprovação a versão digital ficará disponível na Biblioteca Nacional, bem como na pasta de rede da instituição envolvida no estudo, ainda será disponibilizada versão impressa no ambulatório de Enfermagem para consultas rápidas.

SUMÁRIO

1 CONSULTA DE ENFERMAGEM.....	4
2 CUIDADO.....	5
2.1 DEFINIÇÃO.....	5
3 CONSULTA DE ENFERMAGEM PRÉ-OPERATÓRIA	7
4 SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM.....	8
5 OBJETIVO	9
6 ABRANGÊNCIA	9
7 ATRIBUIÇÕES DAS ENFERMEIRAS NA CONSULTA DE ENFERMAGEM	
AMBULATORIAL	10
7.1 ACOLHER O PACIENTE	10
7.2 MANTER A PRIVACIDADE DO PACIENTE	10
7.3 VERIFICAR SINAIS VITAIS E GLICEMIA CAPILAR	10
7.3.1 Glicemia Capilar	11
7.3.2 Temperatura Axilar	11
7.3.3 Frequência Cardíaca (Pulso).....	11
7.3.4 Pressão Arterial (PA).....	12
7.3.5 Frequência Respiratória (FR)	12
7.3.6 Saturação de Oxigênio (SpO2)	13
7.3.7 Avaliação da dor.....	13
8 ANAMNESE E EXAME FÍSICO	14
8.1 EXAME FÍSICO (POTTER; PERRY 2013).....	15
8.1.1 Finalidade.....	15
8.2 EXAME FÍSICO DO PACIENTE IDOSO	16
8.3 AVALIAÇÃO DO PACIENTE IDOSO	17
8.3.1 Índice Katz de Independência nas Atividades da Vida Diária.....	18
8.3.2 Avaliação da Cognição.....	19
8.2.4 Avaliação do Humor	21
8.2.5 Avaliação da Comunicação	23
8.2.6 Avaliação do Estado nutricional	23
9 ORIENTAÇÕES AO PACIENTE.....	25
9.1 REQUISITOS ESSENCIAIS PARA A ENFERMEIRA REALIZAR A	
ORIENTAÇÃO.....	25
9.2 PERGUNTAS NORTEADORAS PARA AVALIAÇÃO PRÉ-OPERATÓRIA.....	26
REFERÊNCIAS.....	29
APÊNDICE	34



1 CONSULTA DE ENFERMAGEM

A consulta de Enfermagem é atividade privativa do enfermeiro e está regulamentada pela Lei nº 7.498/86 (BRASIL, 1986). Esta se constitui de uma prática que visa proporcionar um cuidado diferenciado ao paciente, sendo marcada pela atenção integral e pelo levantamento das necessidades que influenciam as situações de saúde e doença e interferem diretamente no bem estar da população atendida (SCAIN et al., 2013).

Para Franzen et al. (2012), este atendimento especializado exige do profissional enfermeiro amplo conhecimento e raciocínio clínico, bem como a percepção e interpretação dos diversos sinais e sintomas demonstrados pelos pacientes durante o atendimento. Cabe ao enfermeiro a anamnese e o exame físico para garantia de uma assistência integral ao paciente, que considere os aspectos biopsicossociais dos usuários e seja capaz de entregar ao cliente ações resolutivas e que proporcionem a promoção da saúde e a prevenção do agravamento de doenças.

A consulta de enfermagem na atenção ambulatorial visa contemplar aspectos subjetivos dos pacientes bem como a escuta ativa dos cuidadores. O enfermeiro deve utilizar-se de seus conhecimentos e adequá-los à realidade dos clientes, tendo ciência de que existem diversos perfis de pacientes, como por exemplo, a população idosa que possui especificidades que devem ser consideradas (MACÊDO; SENA; MIRANDA, 2013).

Mais do que realizar a consulta, cabe ao enfermeiro, ao atender paciente idoso, não apenas considerar somente o seu problema de saúde agudo, mas avaliar suas funções cognitivas e psíquicas, sua condição nutricional, social, sua capacidade funcional e o seu grau de autonomia e independência (GONÇALVES; TOURINHO, 2012); ROSENBERG; ROSENBERG, 2016). No entanto, a heterogeneidade clínica dos pacientes idosos contribui para os desafios, que a equipe de enfermagem enfrenta na implementação dos cuidados, corroborando a importância da implementação de protocolos que direcionem as ações de cuidado realizadas por estes profissionais.



2 CUIDADO

2.1 DEFINIÇÃO

A definição de cuidado neste protocolo está ancorada na teoria das quatorze necessidades fundamentais de Virginia Henderson, na qual o paciente é percebido como uma soma de necessidades biopsicossociais que influenciam suas crenças. A prática profissional de Virginia ampliou sua visão na necessidade de independência do paciente e seu progresso após a alta hospitalar. O pressuposto fundamental desta teoria é a de que o enfermeiro é responsável pelo paciente até que ele possa cuidar de si mesmo novamente e que este enfermeiro deve ser educado no âmbito acadêmico na arte da enfermagem e nos conhecimentos científicos (MCEWEN; WILLS, 2015).

Assistir a pessoa enferma ou saudável na execução das atividades que promovam sua saúde ou recuperação, inclusive naquelas em que os pacientes realizariam se tivessem condições, desejo ou conhecimentos para realizá-las são funções essenciais do enfermeiro nesta teoria, por todo o tempo que for necessário. Henderson desenvolveu em sua teoria 14 atividades dos enfermeiros para com os pacientes, elas são apresentadas no Quadro (1), abaixo (MCEWEN; WILLS, 2015):



QUADRO 1 – AS QUATORZE NECESSIDADES FUNDAMENTAIS DE VIRGINIA HENDERSON

DESCRIÇÃO	
1ª	Respirar normalmente;
2ª	Comer e beber de forma adequada;
3ª	Eliminar os resíduos orgânicos;
4ª	Movimentar-se e manter posturas desejáveis;
5ª	Dormir e repousar;
6ª	Selecionar roupas adequadas – vestir-se e despir-se;
7ª	Manter a temperatura do corpo dentro de parâmetros normais, ajustando as roupas e modificando o ambiente;
8ª	Manter o corpo limpo e bem apresentado e proteger o tegumento;
9ª	Evitar perigos no ambiente e lesões a terceiros;
10ª	Comunicar-se com os outros para expressar emoções, necessidades, medos e opiniões;
11ª	Seguir padrões religiosos de acordo com a própria fé;
12ª	Trabalhar de forma que haja sensação de realização;
13ª	Recrear-se e participar de várias formas de recreação;
14ª	Aprender, descobrir ou satisfazer à curiosidade que leve ao desenvolvimento normal e à saúde, e usar os serviços de saúde disponíveis.

FONTE: MCEWEN; WILLS (2015).

Percebe-se que os 14 princípios de Henderson cobrem de forma geral a prática profissional de enfermagem, sendo o enfermeiro responsável por garantir as mesmas ao paciente até que este esteja apto e conhecedor para inseri-las de forma permanente e efetiva em sua vida.



3 CONSULTA DE ENFERMAGEM PRÉ-OPERATÓRIA

Os pacientes provenientes do Ambulatório de especialidades são aqueles que passaram pela consulta médica ambulatorial com o cirurgião geral, após realizarem exame de imagem e laboratoriais. Se for constatado a necessidade de intervenção cirúrgica eletiva, o paciente é colocado na fila de espera para a realização da consulta com o médico anestesista e posteriormente aguarda o agendamento da cirurgia indicada.

Segundo o COFEN (2009) a consulta de enfermagem pré-operatória é parte integrante do processo de enfermagem e possibilita a sistematização da assistência. Como proposta apresenta-se a adoção do referencial teórico de Henderson para o diagnóstico das necessidades afetadas e definição das condutas que serão implementadas para que o paciente.

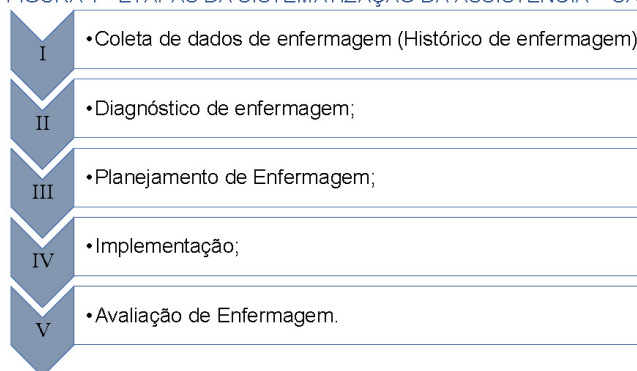
Para que ele tenha, após total apoio do enfermeiro, condições de assumir o protagonismo no autocuidado e vivencie o processo cirúrgico com segurança e menos anseios relacionados à cirurgia, na qual todas as dúvidas e questionamentos quanto ao pré, o trans e pós-operatório possam ser conhecidos pelos pacientes antes mesmo da internação hospitalar. Durante a sua execução devem estar previstas as etapas da Resolução COFEN-358/2009, que dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem – SAE (COFEN, 2009).



4 SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

A Resolução do Conselho Federal de Enfermagem nº 358/2009 considera que a SAE deve ser realizada de modo deliberado e sua implementação deve ocorrer em todos os ambientes em que seja realizado o cuidado profissional de enfermagem. No art. 2º dessa Resolução destacam-se as cinco etapas inter-relacionadas, interdependentes e recorrentes, a saber:

FIGURA 1 - ETAPAS DA SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA – SAE



FONTE: COFEN (2009).

Conforme art. 6º da Resolução nº 358/2009, a execução do Processo de Enfermagem, este deve ser registrado formalmente envolvendo: a) um resumo dos dados coletados sobre a pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde e doença; b) os diagnósticos de enfermagem; c) as ações ou intervenções de enfermagem realizadas face aos diagnósticos de enfermagem identificados; d) os resultados alcançados como consequência das ações ou intervenções de enfermagem realizadas (COFEN, 2009).

O enfermeiro após ter analisado os dados colhidos no histórico e exame físico, identificará os problemas de enfermagem, as necessidades básicas afetadas. E também, o grau de dependência e fará um julgamento clínico sobre as respostas do indivíduo, da família e comunidade aos problemas/processos de vida vigentes ou potenciais, elencando os principais diagnósticos de enfermagem (CHAVES; SOLAI, 2015).

O próximo passo é a prescrição de enfermagem, que compreende um conjunto de medidas decididas pelo enfermeiro, que direciona e coordena a assistência de enfermagem ao paciente de forma individualizada e contínua, objetivando a prevenção, promoção, proteção, recuperação e manutenção da saúde. Assim, o enfermeiro estabelece um plano de cuidados (prescrição de enfermagem) (CHAVES; SOLAI, 2015).

5 OBJETIVO

Descrever o processo da Consulta de Enfermagem pré-operatória.

6 ABRANGÊNCIA

Este protocolo se aplica às enfermeiras do ambulatório.



7 ATRIBUIÇÕES DAS ENFERMEIRAS NA CONSULTA DE ENFERMAGEM AMBULATORIAL

DESCRIÇÃO

7.1 ACOLHER O PACIENTE

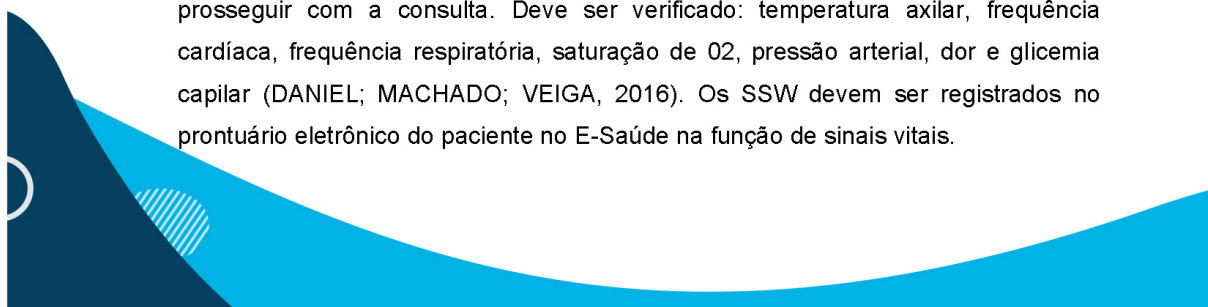
O Enfermeiro do ambulatório possui agenda de consultas que funciona via sistema E- Saúde, quando o paciente registra sua entrada no hospital, pelo sistema o enfermeiro recebe a informação. Ao chamar o paciente para a consulta deverá chamá-lo pelo seu nome completo, apresentar-se a ele e seu familiar, solicitar a ficha de agendamento da consulta e documento com foto, conferir os seguintes dados: nome completo, data de nascimento, nome da mãe e procedência, assim como verificar se o paciente está acompanhado por um familiar ou responsável. Em seguida, o enfermeiro deve dirigir-se até o consultório juntamente com o paciente e acompanhante Protocolo Operacional Padrão (POP) da instituição (HIZA, 2019).

7.2 MANTER A PRIVACIDADE DO PACIENTE

Após acomodação do paciente no consultório de Enfermagem, a porta deve estar fechada para a sua privacidade durante a anamnese e exame físico que será realizado posteriormente. É dever do enfermeiro que presta atendimento, manter a privacidade do paciente e evitar sua exposição desnecessária (SOARES; DALL'AGNOL, 2011).

7.3 VERIFICAR SINAIS VITAIS E GLICEMIA CAPILAR

Se faz necessário a verificação dos sinais vitais (SSW) antes do início da anamnese e exame físico, para detecção precoce das condições do paciente para prosseguir com a consulta. Deve ser verificado: temperatura axilar, frequência cardíaca, frequência respiratória, saturação de O₂, pressão arterial, dor e glicemia capilar (DANIEL; MACHADO; VEIGA, 2016). Os SSW devem ser registrados no prontuário eletrônico do paciente no E-Saúde na função de sinais vitais.



7.3.1 Glicemia Capilar

A hipoglicemia é a emergência médica endocrinológica mais frequente, de fácil tratamento e da qual a maioria dos pacientes se restabelece completamente, sem sequelas, desde que devidamente diagnosticada e tratada prontamente. A hipoglicemia pode variar entre leve (60-70 mg/dl), com sintomas adrenérgicos, e severa, com glicemias menores que 50 mg/dl, levando a alterações do nível de consciência (SBD, 2016).

A hiperglicemia pode aparecer durante períodos de stress metabólico agudo ou injúria traumática e pode causar danos, entre eles, um aumento de susceptibilidade para sepse (LIANG, 2016). Hiperglicemia de estresse é a elevação da glicose na presença de doenças agudas. O valor máximo aceitável a glicemia de 200 mg/dl (ADA, 2017). A glicemia deve ser verificada utilizando-se o glicômetro.

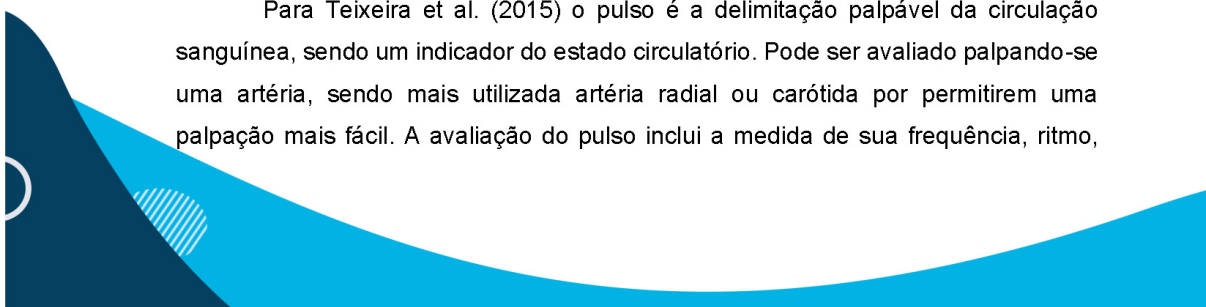
7.3.2 Temperatura Axilar

Freitas e Py (2013) asseveram que a temperatura axilar deve ser verificada com termômetro digital. O paciente idoso apresenta uma variação mais estreita de temperatura corporal, sendo mais sensíveis a temperaturas extremas devido a deterioração de seus mecanismos de controle, principalmente controle vasomotor, redução do tecido subcutâneo, atividade diminuída da glândula sudorípara e queda do metabolismo.

O idoso apresenta mais dificuldade para elevação da temperatura corporal, mais risco de hipotermia (temperatura axilar $< 35^{\circ}\text{C}$) se comparado ao adulto. No idoso febre corresponde a temperatura axilar $> 37,2^{\circ}\text{C}$ ou elevação de 1,1 a 1,3 $^{\circ}\text{C}$ na temperatura basal (LIANG, 2016).

7.3.3 Frequência Cardíaca (Pulso)

Para Teixeira et al. (2015) o pulso é a delimitação palpável da circulação sanguínea, sendo um indicador do estado circulatório. Pode ser avaliado palpando-se uma artéria, sendo mais utilizada artéria radial ou carótida por permitirem uma palpação mais fácil. A avaliação do pulso inclui a medida de sua frequência, ritmo,



força e simetria. A frequência refere-se ao número de batimentos por minuto, sendo a variação normal entre 60 a 100 batimentos por minuto.

O ritmo indica se o intervalo entre os batimentos é regular ou irregular, quando ocorrem batimentos precoces ou tardios configura uma disritmia (POTTER; PERRY, 2013).

7.3.4 Pressão Arterial (PA)

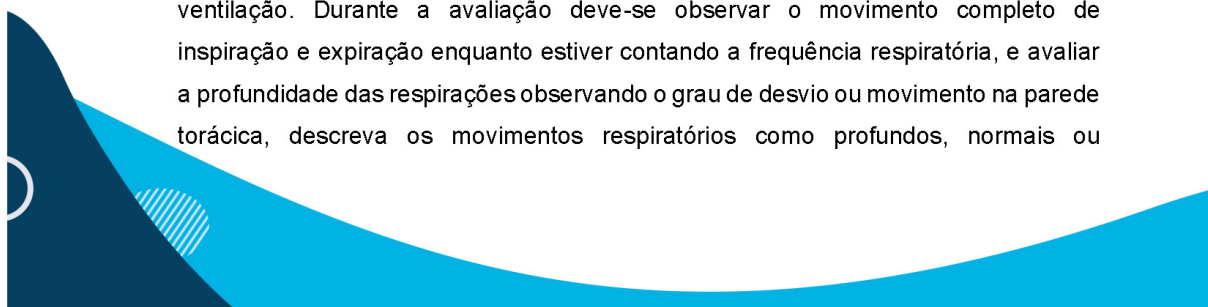
A pressão arterial é a força exercida sobre a parede de uma artéria pelo sangue pulsante sob a pressão do coração. O pico máximo de pressão no momento em que a ejeção de sangue pelo coração ocorre corresponde a pressão sistólica. Quando os ventrículos relaxam, o sangue que permanece nas artérias exerce uma pressão mínima ou pressão diastólica (POTTER; PERRY, 2013).

Os níveis de pressão variam com a idade, uma pressão arterial ótima para um indivíduo adulto saudável é menor que 120/80 mmHg. Valores de 120-89mmHg são considerados como pré-hipertensão. Idosos apresentam um aumento na pressão sistólica relacionado com a diminuição da elasticidade das veias, entretanto uma pressão acima de 140/90 é considerada como hipertensão (MALACHIAS et al., 2016).

A Pressão Arterial (PA) deve ser medida indiretamente por meio do esfigmomanômetro aneróide e um estetoscópio. Para verificação da PA é importante selecionar o membro apropriado para fazer a medição, utilizar um manguito adequado para o tamanho do membro escolhido, o paciente deve estar confortavelmente acomodado na maca ou mesmo sentado na cadeira. Pacientes ansiosos podem apresentar alteração deste dado vital (POTTER; PERRY, 2013).

7.3.5 Frequência Respiratória (FR)

A avaliação do estado respiratório inclui a frequência (número de incursões respiratórias por minuto) e a profundidade da respiração e o ritmo dos movimentos de ventilação. Durante a avaliação deve-se observar o movimento completo de inspiração e expiração enquanto estiver contando a frequência respiratória, e avaliar a profundidade das respirações observando o grau de desvio ou movimento na parede torácica, descreva os movimentos respiratórios como profundos, normais ou



superficiais. Importante determinar o padrão da respiração observando o tórax ou abdome, lembrando que na respiração normal há um intervalo regular após cada ciclo respiratório. Os valores normais da frequência respiratória compreendem o intervalo de 12 a 20 incursões por minuto (POTTER; PERRY, 2013).

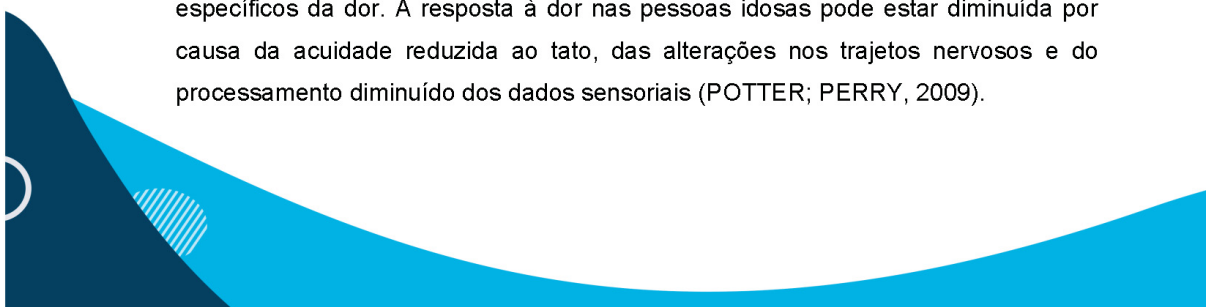
7.3.6 Saturação de Oxigênio (SpO₂)

A saturação de oxigênio corresponde ao percentual de oxigênio ligado à hemoglobina. A medida indireta da saturação de oxigênio pode ser feita por um oxímetro de pulso, que é um aparelho que emite ondas de luz que são absorvidas de modo diferente por hemoglobinas oxigenadas e desoxigenadas, o fotodetector capta essa diferença e o oxímetro calcula a saturação de pulso (SpO₂), que é uma estimativa confiável da saturação arterial de oxigênio (SaO₂) (POTTER; PERRY, 2013). A verificação da SpO₂ deve ser realizada conforme Protocolo Operacional Padrão (POP) da instituição.

7.3.7 Avaliação da dor

A dor é um critério obrigatório a ser avaliado em pacientes, por se tratar de sintoma prevalente na maioria das doenças. Considerada como quinto sinal vital, está associada à lesão tissular real ou potencial, com apropriado registro e consequente intervenção, assegura que todos os pacientes, incluindo os terminais, tenham acesso a medidas eficazes para o controle da dor. Deve ser avaliada em todos os pacientes durante a verificação dos demais sinais vitais (ARAÚJO, ROMERO, 2015).

Os fatores a considerar são a intensidade, regulação temporal, localização, qualidade, o significado pessoal, fatores agravantes e aliviadores e os comportamentos de dor. A avaliação da dor se inicia ao observar cuidadosamente o paciente, notar sua postura geral e presença ou ausência de comportamentos manifestos de dor e pedir-lhe que descreva com suas próprias palavras os aspectos específicos da dor. A resposta à dor nas pessoas idosas pode estar diminuída por causa da acuidade reduzida ao tato, das alterações nos trajetos nervosos e do processamento diminuído dos dados sensoriais (POTTER; PERRY, 2009).



8 ANAMNESE E EXAME FÍSICO

Histórico de Enfermagem (Anamnese)

A queixa principal deve direcionar a coleta de informações, para se obter uma história minuciosa e clara do motivo pelo qual o paciente irá realizar a cirurgia, bem como sua história pregressa de saúde e hábitos de vida que interferem diretamente em sua saúde (POTTER; PERRY, 2013). A história de saúde do paciente idoso precisa ser obtida de maneira calma e tranquila.

Segundo Freitas e Py (2013), o paciente idoso possui uma incidência maior de comprometimento auditivo e visual, diante disto a iluminação deve ser adequada e os ruídos e distração devem ser minimizados. O entrevistador deve assumir uma posição que possibilite a pessoa ler os lábios e as expressões faciais, para facilitar a compreensão do paciente.

Atentar-se em especial na obtenção de uma história completa sobre os medicamentos utilizados, uma vez que é comum a polifarmácia. Embora as pessoas idosas possam apresentar declínio na função cognitiva, não se deve supor que ela seja incapaz de fornecer uma história adequada. No entanto, incluir um membro da família na entrevista pode validar as informações e fornecer detalhes ausentes no relato do idoso (MORAES, 2008).

No Quadro 2 são apresentados os itens a serem investigados na anamnese e exame físico (GUSSO; LOPES 2012):

QUADRO 2 - ITENS A SEREM INVESTIGADOS NA ANAMNESE E EXAME FÍSICO

ITENS	DESCRIÇÃO
1º	Queixa principal (motivo pelo qual irá realizar procedimento cirúrgico);
2º	História de saúde atual e pregressa;
3º	Hospitalização prévia (diagnóstico/ano);
4º	Cirurgias prévias (quais/ano);
5º	Medicações em uso (droga/ dose/ tempo de uso);
6º	Tabagismo (nº de cigarros dia/ tempo);
7º	Etilismo (tipo de bebida/dose/tempo);
8º	Atividade física (tipo de exercício/frequência/orientação profissional);
9º	Alimentação;
10º	Eliminações;
11º	Mobilidade em domicílio;
12º	Uso de órtese/prótese (especificar);
13º	Imunizações (vacina antitetânica/ antiamebílica/ antipneumocócica/ influenza);
14º	Religião e crenças.

FONTE: GUSSO; LOPES (2012).

8.1 EXAME FÍSICO (POTTER; PERRY 2013)

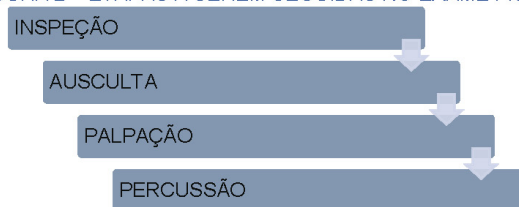
O exame físico deve iniciar de maneira cefalocaudal, cada sistema do corpo oferece informações objetivas sobre o paciente. Compõe-se basicamente de quatro técnicas fundamentais: inspeção, ausculta, palpação e percussão (POTTER; PERRY 2013).

8.1.1 Finalidade

- Obter dados sobre o estado de saúde do paciente;
- Completar, confirmar ou refutar os dados obtidos na entrevista;
- Identificar os diagnósticos de enfermagem;
- Elaborar julgamento clínico sobre alterações da saúde do paciente;
- Gerenciar ações de enfermagem em prol da melhoria da saúde do paciente;
- Avaliar os resultados das ações de enfermagem sobre o estado de saúde do paciente.

Iniciar o exame físico no sentido cefalocaudal, seguindo as etapas indicadas na Figura 2:

FIGURA 2 – ETAPAS A SEREM SEGUIDAS NO EXAME FÍSICO



FONTE: POTTER; PERRY (2013)

É recomendado a realização do exame físico com o paciente nas seguintes posições, considerando seu estado clínico e suas limitações (FREITAS; PY, 2013):

Posição I:

Paciente sentado Posicionar-se na frente do paciente e realizar a ectoscopia global, exame da cabeça, olho, ouvido, nariz, cavidade oral, pescoço (linfonodos e tireoide), tórax, membros superiores, membros inferiores e aferição dos dados vitais Em seguida posicionar-se atrás do paciente e realizar o exame do pescoço (coluna

cervical e tireoide) e tórax (coluna tóraco-lombar e pulmão). A ausculta do sopro aórtico, como na insuficiência aórtica, deve ser feita com paciente sentado, com tórax inclinado para frente e, preferencialmente, durante a expiração.

Posição 2:

Paciente em decúbito dorsal em 45°, é feito o exame do pescoço: pulso venoso, arco aórtico e artérias carótidas

Posição 3:

Paciente em decúbito dorsal, realiza-se o exame do tórax (mama, pulmão e precórdio), abdome, pelve e membros superiores e inferiores.

Posição 4:

Paciente em ortostatismo, realiza-se o exame do aparelho locomotor e avaliação da marcha.

8.2 EXAME FÍSICO DO PACIENTE IDOSO

Exame da Pele e Anexos

- Coloração, umidade, edema, lesões de pele, ceracetose ceborreica, micoses interdigitais e mucosas.

Exame Neurológico

- Pupilas, força motora, sensibilidade térmica, tátil e dolorosa.

Exame da Cabeça e Pescoço

- Crânio, couro cabeludo verificar lesões, crostas, pediculose, face, artérias temporais, olhos, pálpebra, conjuntiva, córnea, íris, nariz, boca, ouvidos e pescoço

Exame dos Membros Superiores

- Mãos, ombro, e do deltoide em busca de sinais de atrofia.

Exame do Tórax

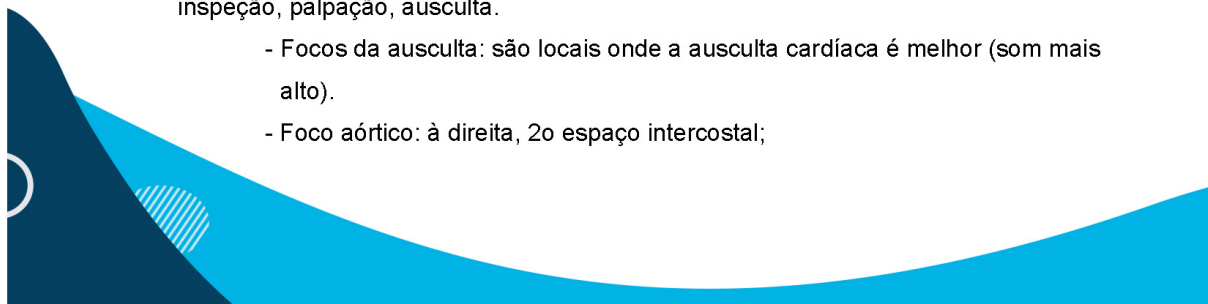
- Inspeção, Palpação, Percussão, Ausculta Respiratória.

Exame do Aparelho Cardiovascular

- Avaliar a pressão arterial, pulso arterial, realizar ausculta dos sons cardíacos, inspeção, palpação, ausculta.

- Focos da ausculta: são locais onde a ausculta cardíaca é melhor (som mais alto).

- Foco aórtico: à direita, 2o espaço intercostal;



- Foco pulmonar à esquerda, 2o espaço intercostal;
- Foco tricúspide: parte inferior do esterno, junto ao processo xifoide;
- Foco mitral: 5o espaço intercostal, na linha m clavicular (POTTER; PERRY, 2013).

Exame do Abdome

- Inspeção, palpação, percussão e ausculta.

Observe a forma do abdome (plano, escavado, distendido, globoso), cicatrizes, hérnias, movimentação com a respiração, evidências de perda de peso, condições da pele (normal, ressecada, com lesões, cicatrizes, estrias, escoriações), veias dilatadas e peristaltismo visível. Se há aumento acentuado do fígado e baço, às vezes, estes podem ser visíveis (POTTER; PERRY, 2013).

Cicatrizes Abdominais

Geralmente são indicativas de cirurgias anteriores. Podem auxiliar no esclarecimento de achados clínicos quando há suspeita de obstrução intestinal por aderências, hérnias de parede abdominal, eventrações e cólicas abdominais. Podem ser foco de drenagens de processos infecciosos e inflamatórios intestinais (POTTER; PERRY, 2013).

Pele e Subcutâneo

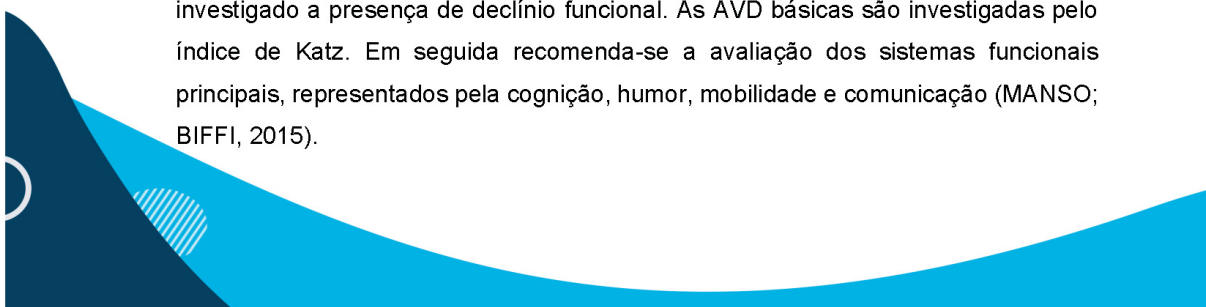
As principais doenças dermatológicas que afetam os membros inferiores em idosos são eczema asteatótico, psoríase, úlceras, edema.

Sistema Venoso e Arterial

- Doença arterial periférica, avaliar edemas (com escala de+ a 4+), sensibilidade e força motora (plegia, paresia), variações de temperatura, insuficiência venosa.

8.3 AVALIAÇÃO DO PACIENTE IDOSO

Para a avaliação do idoso é necessário ter como ponto de partida a avaliação da funcionalidade global, por meio das atividades de vida diária (AVD) básicas. Deverá investigar a presença de declínio funcional. As AVD básicas são investigadas pelo índice de Katz. Em seguida recomenda-se a avaliação dos sistemas funcionais principais, representados pela cognição, humor, mobilidade e comunicação (MANSO; BIFFI, 2015).



8.3.1 Índice Katz de Independência nas Atividades da Vida Diária

O índice de Katz (ANEXO 1) é um instrumento de medida das atividades de vida diária hierarquicamente relacionada e organizado para mensurar independência no desempenho dessas seis funções. Esse instrumento representa a descrição de um fenômeno observado em um contexto biológico e social, utilizado para avaliar a funcionalidade dos idosos, em relação as Atividades Básicas de Vida Diária (MANSO; BIFFI, 2015).

Conforme essa escala, os idosos são classificados como independentes se eles desenvolverem a atividade sem supervisão, orientação ou qualquer tipo de auxílio direto, sendo uma avaliação baseada no real desempenho e não na habilidade. Um paciente que se recusa a executar uma função é considerado como não a tendo executado, mesmo que se julgue ser ele capaz (MANSO, BIFFI, 2015).

A dependência para cada uma das seis funções estabelecidas foi previamente determinada e está explicitada a seguir no Quadro 3 (MORAES; MORAES, 2014):

QUADRO 3 – FUNÇÕES DE DEPENDÊNCIA

FUNÇÕES	DESCRIÇÃO
Tomar banho	Realizada em relação ao uso do chuveiro, da banheira e ao ato de esfregar-se em qualquer uma dessas situações;
Vestir-se	Considera-se o ato de pegar as roupas no armário, bem como o ato de se vestir propriamente dito, manuseia fechos (exclui-se o ato de amarrar o sapato);
Uso do banheiro	Compreende o ato de ir ao banheiro para excreções, higienizar-se e arrumar as próprias roupas;
Transferir-se	Avaliado pelo movimento desempenhado pelo idoso para sair da cama e sentar-se em uma cadeira e vice-versa (pode estar usando objeto de apoio);
Continência	Refere-se ao ato inteiramente autocontrolado de urinar ou defecar;
Alimentar-se	Alimentar-se: relaciona-se ao ato de dirigir a comida do prato (ou similar) à boca (o corte prévio da carne e o preparo do alimento, como passar manteiga no pão, são excluídos da avaliação); Relaciona-se ao ato de dirigir a comida do prato (ou similar) à boca (o corte prévio da carne e o preparo do alimento, como passar manteiga no pão, são excluídos da avaliação).

FONTE: MORAES; MORAES (2014).

Avaliação das AVD

Deve ser complementada por dois questionamentos:

- O que o senhor gosta de fazer e que não está fazendo? (fornece informações quanto às necessidades funcionais do paciente do seu ponto de vista).
- O que o senhor fazia e deixou de fazer? (fornece informações quanto ao declínio funcional apresentado pelo paciente) (MORAES, 2008).

8.3.2 Avaliação da Cognição

As funções cognitivas são divididas em: memória, atenção, linguagem, percepção e funções executivas. O Envelhecimento fisiológico não afeta as funções cognitivas de forma significativa. Ocorre uma lentificação do processamento cognitivo global, sem comprometer a autonomia e a independência do idoso. A incapacidade cognitiva é a perda de habilidades cognitivas essenciais para uma vida independente (MANSO; BIFFI, 2015).

O Mini-Exame do Estado Mental (MEEM/ Mini-mental), é um instrumento útil na avaliação cognitiva por ser simples e de fácil aplicação. É composto por 11 itens e a pontuação máxima são 30 pontos. A primeira metade do teste avalia basicamente a memória, atenção e concentração (itens 1 a 5). A segunda metade avalia linguagem, gnose, praxia, função executiva e função visuoespacial). Inicialmente, solicita-se ao paciente prestar atenção nas perguntas que serão realizadas, cujo objetivo é avaliar a sua memória. Importante que o avaliador nunca fale que as perguntas são fáceis, pois caso o paciente encontre dificuldades em respondê-las, ficará ansioso, comprometendo os exames (MANSO; BIFFI, 2015). Não deixe que se percebam os erros cometidos.

O Mini-mental inclui avaliação dos seguintes itens:

Orientação temporal: ano/ mês/ dia do mês/ dia da semana/ hora aproximada;

Orientação espacial: Estado/ cidade/ bairro ou nome de mais próxima/ local geral (hospital) / local específico (consultório, enfermaria);

Registro: pedir para paciente repetir algumas palavras (carro, vaso, tijolo), deve-se ter o cuidado de falar as três palavras com clareza e pausadamente, para focalizar a atenção auditiva e orientar o paciente a ouvir com atenção para em seguida repeti-las. Repita quantas vezes forem necessárias para que o paciente memorize;

Atenção e cálculo: solicitar ao paciente fazer o cálculo subtração de 7 seriado ($100 - 7 = 93 - 7 = 86 - 7 = 79 - 7 = 72$), ou soletrar a palavra “mundo” da última letra para a primeira (ODNUM). Este item avalia a atenção, concentração e função executiva;

Evocação: o paciente deverá repetir as três palavras memorizadas anteriormente (carro, vaso, tijolo);

Nomear: apontar uma caneta e um relógio e pedir para paciente nomeá-los;

Repetir: pedir para o paciente repetir a frase “Nem aqui, nem ali, nem lá”. Certifique-se que ele ouviu a ordem com clareza e permita apenas uma tentativa;

Comando de três estágios: pegar uma folha de papel, estenda para o paciente e dê a ordem: “pegue esta folha de papel com a mão direita, dobre-a ao meio e coloque-a no chão”. O escore é dado pela sequência correta das três ações. -Escrever uma frase: pedir para paciente escrever uma frase, por exemplo um dizer bonito, alguma coisa que aconteceu, A frase deve conter começo meio e fim, não ditar a frase

Ler e executar: peça para o paciente fazer o que está escrito.

Cópia do pentágono: mostrar o desenho de dois pentágonos e pedir para paciente copiá-los (MORAES, 2008).

O teste depende diretamente do nível de escolaridade, particularmente nos itens: atenção/cálculo, leitura e escrita. No Brasil, foram feitas validações do teste, corrigindo-o para idosos com baixa escolaridade e analfabetos. O escore é mais um dado a ser considerado na interpretação do teste, mas não pode ser avaliado isoladamente. O maior valor está na avaliação do grau de dificuldade observada nas respostas, uma avaliação qualitativa (MORAES, 2008). Segue abaixo o Quadro 4, com score de acordo com a escolaridade.

QUADRO 4 - ESCORE MINI-EXAME DO ESTADO MENTAL

ESCOLARIDADE	ESCORE
Analfabeto	20
1 a 4 anos	25
5 a 9 anos	26,5
9 a 11 anos	28
>11 anos	29

FONTE: MORAES (2008).

8.2.4 Avaliação do Humor

O humor permite a ativação e a manutenção do interesse na execução das tarefas, atuando no funcionamento de todas as funções cognitivas. A avaliação busca o diagnóstico de rebaixamento do humor e depressão, que representam importante causa de incapacidade (MORAES; MORAES, 2014):

Humor deprimido: é indicado por relato subjetivo (sensação de tristeza, autodesvalorização e sentimento de culpa) ou observação feita por outros: o idoso refere sensação de vida vazia, demonstra fácil irritabilidade ou considera-se um peso para a família, afirmando se a morte a única solução. Tendência à emotividade excessiva, com crise frequente de choro.

Interesse ou prazer acentuadamente diminuídos: o idoso deixa de sentir prazer com atividades que anteriormente eram agradáveis, tendendo ao isolamento social e familiar;

Perda ou ganho significativo de peso sem estar em dieta ou diminuição ao aumento do apetite: a inapetência é o sintoma mais comum e importante causa de emagrecimento no idoso. Pode mascarar sintomas como baixa do humor e anedonia;

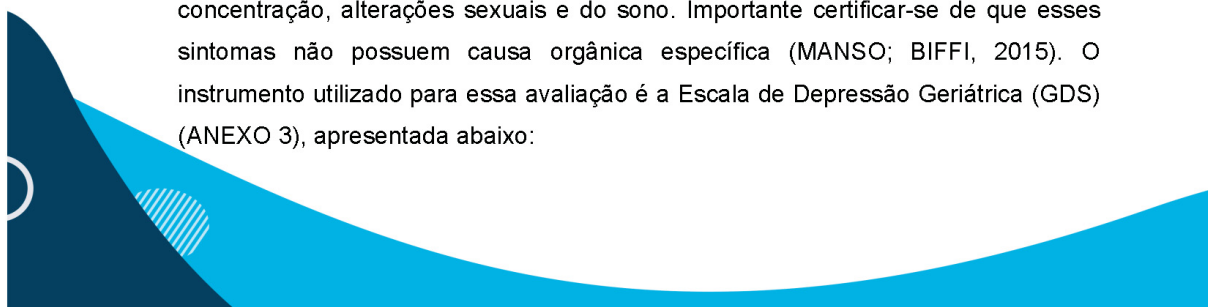
Insônia ou hipersonia: geralmente a insônia é matinal, ou sono entrecortado e dificuldade de dormir novamente;

Agitação e retardo psicomotor - Fadiga ou perda de energia - Sentimento de inutilidade ou culpa excessiva ou inadequada;

Capacidade diminuída de pensar ou concentrar-se: lentificação do pensamento com déficit de atenção importante, por vezes até simulando síndrome demencial;

Pensamento recorrente de morte, ideação suicida recorrente.

A avaliação do humor no idoso inclui a investigação de sinais e sintomas de depressão. O idoso deprimido apresenta quadro clínico com características somáticas, como dores no corpo sem causa explicável, falta de ar, dificuldade de deglutição, anorexia, desconforto abdominal, tonturas, falta de energia e de concentração, alterações sexuais e do sono. Importante certificar-se de que esses sintomas não possuem causa orgânica específica (MANSO; BIFFI, 2015). O instrumento utilizado para essa avaliação é a Escala de Depressão Geriátrica (GDS) (ANEXO 3), apresentada abaixo:



ESCALA DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA – GDS

1. Está satisfeito (a) com sua vida? (não =1) (sim = 0)
2. Diminuiu a maior parte de suas atividades e interesses? (sim = 1) (não = 0)
3. Sente que a vida está vazia? (sim=1) (não = 0)
4. Aborrece-se com frequência? (sim=1) (não = 0)
5. Sente-se de bem com a vida na maior parte do tempo? (não=1) (sim = 0)
6. Teme que algo ruim possa lhe acontecer? (sim=1) (não = 0)
7. Sente-se feliz a maior parte do tempo? (não=1) (sim = 0)
8. Sente-se frequentemente desamparado (a)? (sim=1) (não = 0)
9. Prefere ficar em casa a sair e fazer coisas novas? (sim=1) (não = 0)
10. Acha que tem mais problemas de memória que a maioria? (sim=1) (não = 0)
11. Acha que é maravilhoso estar vivo agora? (não=1) (sim = 0)
12. Vale a pena viver como vive agora? (não=1) (sim = 0)
13. Sente-se cheio(a) de energia? (não=1) (sim = 0)
14. Acha que sua situação tem solução? (não=1) (sim = 0)
15. Acha que tem muita gente em situação melhor? (sim=1) (não = 0)

Avaliação:

0 = Quando a resposta for diferente do exemplo entre parênteses.

1 = Quando a resposta for igual ao exemplo entre parênteses

Total > 5 = suspeita de depressão

Fonte: ALMEIDA; ALMEIDA (1999).

8.2.5 Avaliação da Comunicação

A avaliação da afasia verifica o nível e o grau de comprometimento de aspectos linguísticos específicos, como a percepção auditiva e visual, a comunicação verbal, a comunicação não verbal, gestos e mímica facial. A avaliação inicia-se com a conversação, que permite verificar fluência ou não durante essa atividade. A repetição é um item essencial na avaliação, pois indica a preservação de habilidades como audição, atenção e memória (MANSO; BIFFI, 2015).

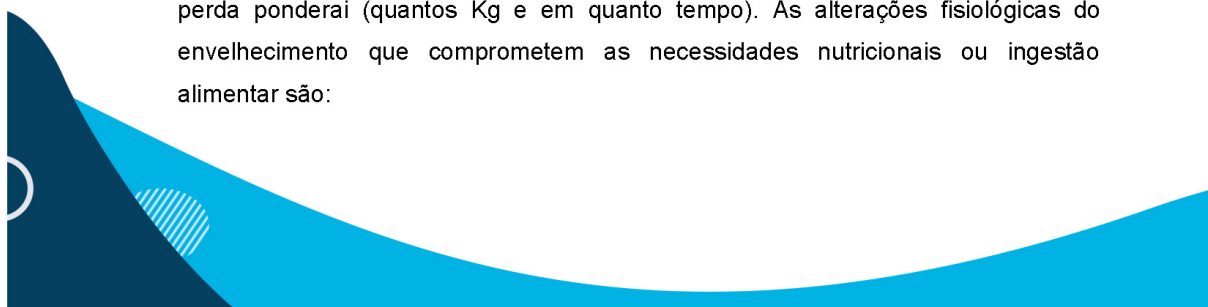
Durante a avaliação o profissional deve observar todas as alterações anatômicas e funcionais ocorridas no sistema motor da oral e relacioná-las com a queixa. Sabe-se que existe íntima relação entre a produção oral e a deglutição, ambas compartilham a maioria das estruturas da cavidade oral e faríngea, além do sistema nervoso. A avaliação consiste em ouvir um relato espontâneo do paciente, a leitura espontânea e a repetição de sílabas em sequência, enquanto observa-se a respiração, a capacidade, controle e coordenação com a produção sonora; a intensidade e a qualidade vocal, o grau de nasalidade, a articulação das palavras, o ritmo e a velocidade da fala (MORAES, 2008).

8.2.6 Avaliação do Estado nutricional

- Normal, obeso, desnutrido

Utilizar o índice de massa corpórea (IMC): peso (em Kg) dividido pelo quadrado da altura (em metros). Nos idosos, utilizam-se os seguintes pontos de corte: eutrofia 23-28, Subnutrição < 23, Obesidade > 28. A redução da massa óssea (osteopenia e/ou osteoporose), associada à hipercolesterolemia torácica, cifoescoliose e redução dos discos intervertebrais (achatamento) são os principais determinantes, particularmente nas mulheres. No cálculo do IMC, pode-se utilizar a altura do joelho para corrigir esta redução da estatura (MANSO; BIFFI, 2015).

Na avaliação do estado nutricional é importante verificar se houve ganho ou perda ponderal (quantos Kg e em quanto tempo). As alterações fisiológicas do envelhecimento que comprometem as necessidades nutricionais ou ingestão alimentar são:



- Redução de olfato e do paladar: redução nos botões e papilas gustativas sobre a língua, diminuição nas terminações nervosas gustativas e olfatórias, ambos comprometendo a palatabilidade dos alimentos. Alterações nas papilas gustativas e na condução neurossensorial ocorrem progressivamente com a idade, com tendência à elevação do limiar de percepção dos sabores doce e salgado, levando à sensação de que os alimentos estão amargos e azedos; - Aumento da necessidade proteica: diminuição da síntese e ingestão;
- Redução da biodisponibilidade da vitamina D, levando à redução da absorção intestinal de cálcio; - Redução da acidez gástrica, levando a menor absorção de vitamina B12, ferro, cálcio, ácido fólico e zinco; - Insuficiência dos mecanismos reguladores de sede, fome e saciedade;
- Aumento da toxicidade de vitaminas lipossolúveis (vitaminas A, D, E, K); - Maior dificuldade na obtenção, preparo e ingestão de alimentos; - Xerostomia (boca seca) (MORAES, 2008).

Outros fatores contribuintes para a desnutrição nos idosos seriam: menor acesso ao alimento secundário a causas físicas (sequela de AVC, parkinsonismo, demência avançada) ou sociais (isolamento, institucionalização, baixo poder aquisitivo); uso de drogas que produzem inapetência (digoxina) ou alteram o sabor dos alimentos

- Inibidores da Enzima Conversora de Angiotensina (IECA); depressão; medo exagerado de alimentos considerados "inadequados" (colesterol, carne vermelha, sal, açúcar); desordens da mastigação (dentaduras mal adaptadas, ausência de dentes, gengivite, candidíase oral) e/ou disfagia; diarreia e má absorção; doenças consumptivas; hipertireoidismo; alcoolismo; dentre outros (MANSO; BIFFI, 2015).



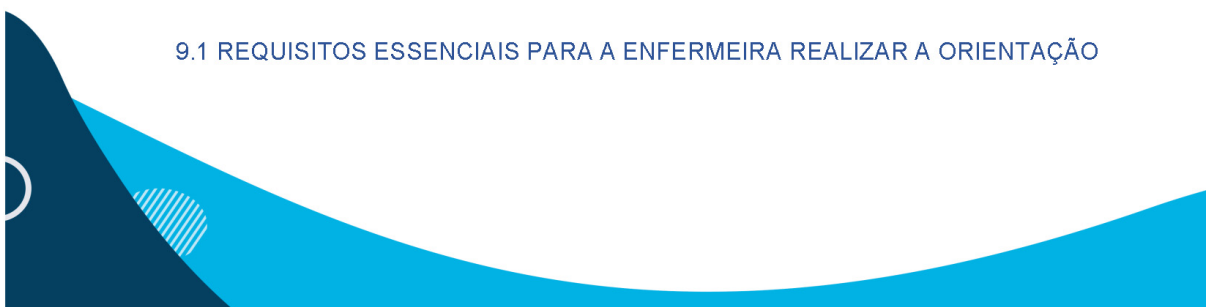
9 ORIENTAÇÕES AO PACIENTE

A orientação do paciente segundo Berg e Cordeiro (2006), inclui informações da cirurgia (assistência pré-operatória, duração da cirurgia, como o paciente irá sentir-se, visitas hospitalares) e da fase de recuperação (duração da hospitalização, quando poderão ser reiniciadas as atividades normais do cotidiano, laborativas, entre outras). A avaliação pré-operatória deve ser completa e bem registrada, pois fornece dados importantes para o planejamento do cuidado e de parâmetros avaliativos para o pós-operatório. A história deve incluir uma avaliação social dos papéis da família e dos sistemas de apoio, nível funcional habitual do paciente e das atividades típicas, ajudando no apoio emocional e no planejamento da reabilitação.

A orientação conjunta paciente e família é importante para a relação de apoio e para aumentar o aprendizado. Deve ser dirigida pelas perguntas do paciente e da família. Detalhes excessivos podem aumentar a ansiedade. O idoso e seus familiares necessitam ser informados acerca de possíveis tubos no tórax, linhas intravenosas, sonda vesical e nasogástrica, entre outras, que poderão estar presentes no pós-operatório e das suas finalidades. As orientações deverão ser passadas com linguagem simples, evitando termos técnicos, para melhor entendimento do paciente. As explicações sobre a finalidade e o tempo aproximado durante o qual esses dispositivos ficarão, no local ajudam a tranquilizar o paciente (BERG; CORDEIRO, 2006).

Alguns pacientes podem permanecer entubados em ventilação mecânica por 6 a 24 horas pós-operatórias. Precisam saber que isso impedirá que falem, porém devem ser tranquilizados de que o pessoal é perito em outros meios de comunicação. Outros questionamentos acerca dos procedimentos pós-operatórios, também devem ser respondidas. A família deverá estar ciente da duração da cirurgia, com quem discutirá o resultado do procedimento e quando isso ocorrerá, onde esperar durante a cirurgia (BERG; CORDEIRO, 2006).

9.1 REQUISITOS ESSENCIAIS PARA A ENFERMEIRA REALIZAR A ORIENTAÇÃO



Berg e Cordeiro (2006) ressaltam que para se atingir a finalidade proposta é necessário que a confiança do paciente seja conquistada. Para que isto ocorra, a enfermeira deve: identificar-se ao paciente; conversar sobre o objetivo da consulta; ser cordial; saber ouvir atentamente; ser compreensiva; ter disponibilidade de tempo para a orientação; proporcionar ambiente agradável e confortável; mostrar-se preocupada com as suas ansiedades e medos; oferecer segurança, diminuindo os desconfortos emocionais; ter conhecimento científico; exatidão de informação; respeitar crenças espirituais e valores culturais; encorajar a verbalização; respeitar a família, fazendo-a presente no processo de orientação.

A idade é um fator importante a ser analisado, pois pacientes idosos toleram muito bem cirurgias, porém eles têm reserva funcional reduzida (capacidade de um órgão voltar ao normal, após um distúrbio no seu equilíbrio). Requerem avaliação e tratamento cuidadoso, com condutas pré-operatórias que favoreçam o trans-operatório. Os riscos da cirurgia para o idoso são proporcionais ao número e à gravidade das doenças (BERG; CORDEIRO, 2006).

Considerar e respeitar a crença religiosa do paciente, saber reconhecer que a fé em um poder superior pode ser tão terapêutica quanto uma medicação. O registro da história clínica e antecedentes é importante para a exploração cuidadosa dos cuidados e das condutas a serem adotadas, assim como das medicações prescritas e ministradas previamente, evidência de alergias a drogas ou a outras substâncias e exames realizados com diagnósticos prévios de doenças associadas. Sabe-se que a diabetes e a hipertensão são descompensados no período operatório, e com o conhecimento prévio destes a conduta se torna mais direcionada, beneficiando a recuperação. Nunca se deve subestimar o medo do paciente, para que este não feche a porta à comunicação e passe a utilizar os seus próprios meios, menos eficazes, de lutar contra os temores (BERG; CORDEIRO, 2006).

9.2 PERGUNTAS NORTEADORAS PARA AVALIAÇÃO PRÉ-OPERATÓRIA

Para avaliação pré-operatória recomenda-se utilizar perguntas norteadoras contidas no Guia de Referência Rápida - Avaliação Pré-operatória (RIO DE JANEIRO. Prefeitura da Cidade, 2016), descritas no Quadro 5:

QUADRO 5 - PERGUNTAS NORTEADORAS PARA AVALIAÇÃO PRÉ-OPERATÓRIA

	DESCRIÇÃO
1ª	O paciente entende o processo pelo qual irá passar?
2ª	Precisa de esclarecimentos?
3ª	O que não pode deixar de ser investigado?
4ª	Há necessidade de exames complementares? Quais?
5ª	Algum medicamento deve ser iniciado, mantido ou suspenso?
6ª	Existem recomendações que devem ser feitas à equipe cirúrgica? Quais?
7ª	Existe alguma intervenção pré-operatória que diminua o risco perioperatório?
8ª	Já se submeteu a alguma cirurgia, inclusive procedimentos menores como biópsias de pele, por exemplo?
9ª	Após estas intervenções demorou muito tempo para parar o sangramento?
10ª	Alguma vez se formou equimose não habitual em ferida operatória?
11ª	Possui sangramento menstrual excessivo? Tem anemia por conta deste sangramento?
12ª	Teve algum problema médico nos últimos anos?
13ª	Está tomando alguma medicação?
14ª	Toma alguma medicação anticoagulante? Tem usado aspirina, antiagregantes ou anti-inflamatórios nos últimos 10 dias?

FONTE: GUIA DE REFERÊNCIA RÁPIDA - AVALIAÇÃO PRÉ-OPERATÓRIA (2016).

Segundo a *American Heart Association* (AHA, 2014), a consulta pré-operatória deve ser abrangente, contemplando informações gerais sobre a saúde do indivíduo. No entanto, como se trata de contato com um objetivo específico, deve ser focada na detecção de condições que interfiram na morbidade perioperatória. Os seguintes elementos devem estar incluídos: dados gerais de identificação como nome, sexo, idade. Bem como, o motivo que tem como tratamento a cirurgia, características anatômicas e fisiológicas com repercussões específicas no período perioperatório como: doenças oncológicas e suas repercussões metabólicas; grandes massas abdominais ou torácicas e sua repercussão hemodinâmica e ventilatória; doenças endócrinas de resolução cirúrgica e as consequentes alterações fisiológicas: tireoidectomia, feocromocitoma, timectomia para miastenia gravis e outros.

Tais condições devem ser identificadas na consulta pré-operatória, e suas repercussões, discutidas com a equipe cirúrgica, com eventual apoio de especialistas para a definição do caso. Os procedimentos cirúrgicos diferem no que diz respeito ao risco e à probabilidade de eventos adversos, e esta avaliação, em conjunto com a definição do estado clínico do indivíduo, é crucial para a avaliação pré-operatória. Levantar a história pessoal e familiar de eventos cirúrgicos ou anestésicos, com atenção a desfechos desfavoráveis, presença de condições clínicas e uso de medicamentos levando em conta que muitas doenças e medicamentos utilizados têm implicações no período perioperatório. Durante a avaliação pré-operatória, qualquer doença crônica deve ser registrada, para que a equipe cirúrgica avalie o impacto no procedimento e cuidado do paciente. Certas doenças e uso de medicamentos têm implicações específicas e seu manejo no período pré-operatório pode diminuir o risco e a mortalidade cirúrgica (AHA, 2014).



REFERÊNCIAS

ALMEIDA, O. P.; ALMEIDA, S. A Confiabilidade da versão brasileira da Escala de Depressão Geriátrica (GDS) versão reduzida. **Arquivos de Neuro Psiquiatria**, São Paulo, v. 57, n. 2, p. 421-426, 1999 Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php?scrDt=sciarttext&DId=S0004-282X19990+00300013>>. Acesso em: 21 maio 2020.

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION (ADA). Standards of medical care in diabetes. **Diabetes Care**, v. 40, suppl.1, 2017. Disponível em: <https://care.diabetesjournals.org/content/diacare/suppl/2016/12/15/40.Supplement_1.DC1/DC_40_S1_final.pdf> Acesso em: 6 mar. 2020.

AMERICAN HEART ASSOCIATION (AHA). 2014 ACC/AHA Guideline on Perioperative Cardiovascular Evaluation and Management of Patients Undergoing Noncardiac Surgery: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. **Journal of the American College of Cardiology**, v. 63, n. 22, p. e57-185, Jun. 2014. Disponível em: <<https://www.ahajournals.org/doi/pdf/10.1161/CIR.000000000000106>> Acesso em: 6 mar. 2020.

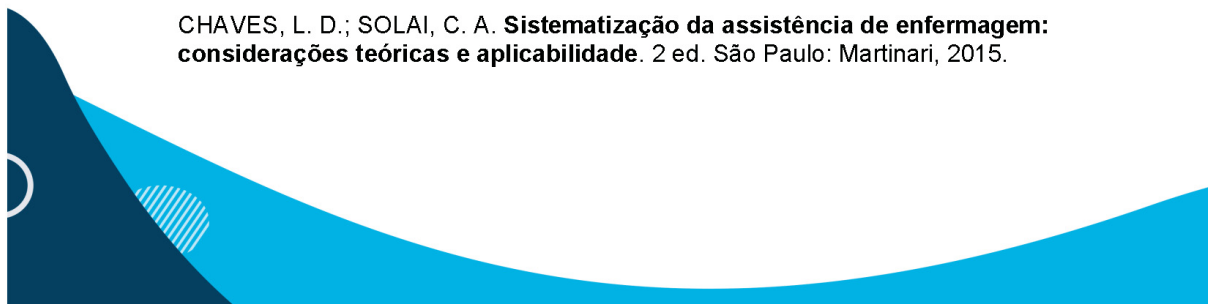
ARAÚJO, M. T. et al. Dimensionamento de pessoal de uma unidade de internação cirúrgica. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde, Brasília**, v. 7, n. 2, p. 650-69, 2016. Disponível em: <<https://dialnet.unirioia.es/descarga/articulo/5555901.pdf>>. Acesso em: 21 mai. 2020.

BERG M. R. R.; CORDEIRO A. L. A.O. Orientação e registro pré-operatório para o cuidar em enfermagem. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 20, n. 1/2/3, p. 57-67, jan./dez. 2006.

BOTTEGA, F. H.; FONTANA, R. T. A dor como quinto sinal vital: utilização da escala de avaliação por enfermeiros de um hospital geral. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 19, n 2, p. 283-90, 2010 Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v19n2Z09.pdf>> Acesso em: 21 fev. 2020.

BRASIL. **Protocolo de identificação do paciente**. Ministério da Saúde/ Anvisa/ Fiocruz, 2013. Disponível em: <<https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/cateqorv/diversos>>. Acesso em: 4 mar. 2020.

CHAVES, L. D.; SOLAI, C. A. **Sistematização da assistência de enfermagem: considerações teóricas e aplicabilidade**. 2 ed. São Paulo: Martinari, 2015.



CHRISTOFORO, B. E. B.; CARVALHO, D. S. Cuidados de enfermagem realizados ao paciente cirúrgico no período pré-operatório. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 43, n. 1, p. 14-22, março de 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342009000100002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 7 jul. 2020.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Resolução COFEn 358/2009 Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados**. Disponível em: <www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-3582009_4384.html>. Acesso em: 21 maio 2020.

DANIEL, A. C.; MACHADO, J. P.; VEIGA, E. V. Registro da pressão arterial em unidade de emergência. **Einstein**, v. 15, n. 1, p. 29-33, 2017. DOI: 10.1590/S1679-45082017A03737. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/eins/v15n1/pt_1679-4508-eins-15-01-0029.pdf> Acesso em: 21 fev. 2020.

FREITAS, E. V.; PY, L. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013.

GONÇALVES, L. H. T.; TOURINHO, F. S. V. Enfermagem no cuidado do idoso hospitalizado. Barueri: Manole, 2012.

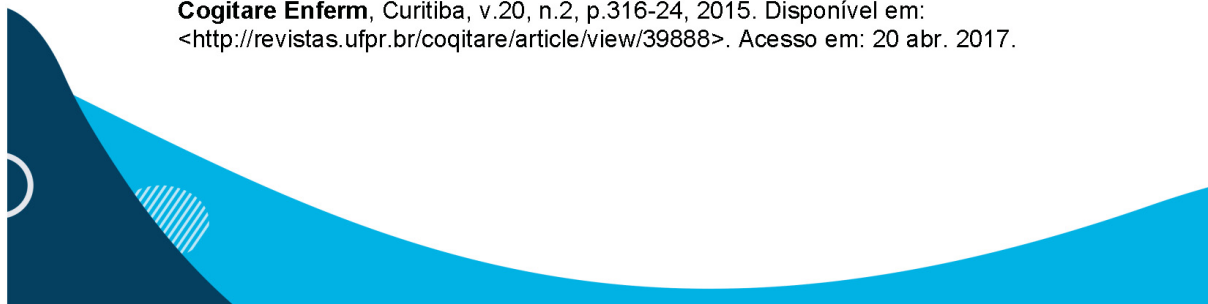
GUSSO, G., LOPES, J. M. C. **Tratado de medicina de família e comunidade: princípios, formação e prática**. Porto Alegre: Artmed, 2012

HAN, J. H.; WILBER, S. T. Altered Mental Status in Older Emergency Department Patients. **Clin Geriatr Med**, v. 29, n. 1, p. 101-136, 2013. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23177603>>. Acesso em: 20 abr. 2020.

HOSPITAL DO IDOSOS ZILDA ARNS – HIZA. **Programa Operacional Padrão (POP)**. Curitiba: HIZA, 2019.

LIANG S. Y. Sepsis and other infectious disease emergencies in the elderly. **Emergency Medicine Clinics of North America**, v. 34, n.3. p. 501-522, 2016.

MAJCZAK, J. A.; HOHL, M. Exame físico de enfermagem do idoso hospitalizado **Cogitare Enferm**, Curitiba, v.20, n.2, p.316-24, 2015. Disponível em: <<http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/39888>>. Acesso em: 20 abr. 2017.



MALACHIAS, M. V. B. et al. 7ª Diretriz brasileira de hipertensão arterial. **Sociedade Brasileira de Cardiologia**, v. 107, n. 3, Supl. 3, set. 2016. Disponível em: <http://publicacoes.cardiol.br/2014/diretrizes/2016/05_HIPERTENSÃO_ARTERIAL.pdf>. Acesso em: 4 mar. 2020.

MANSO, M. E. G.; BIFFI, E. C. A. **Geriatría**: manual da liga de estudos do processo de envelhecimento. 1 ed. São Paulo: Martinari, 2015.

MCEWEN, M.; WILLS, E. M. **Bases Teóricas de Enfermagem**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2015.

MENEGON, D. B. et al. Análise das subescalas de Braden como indicativos de risco para úlcera por pressão. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 21, n. 4, p. 854-61, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v21n4/16.pdf>>. Acesso em: 21 fev. 2020.

MORAES, E. N. **Princípios Básicos de Geriatria e Gerontologia**. Belo Horizonte: Coopmed, 2008.

MORAES, E. N.; MORAES, F. L. **Avaliação multidimensional do idoso**. 4 ed. Belo Horizonte: Folium, 2014.

NAU, K. C., et al. Glycemic control in hospitalized patients not in intensive care: beyond sliding-scale insulin. *Am Fam Physician*, v. 81, n. 9, p.1130-5, 2010. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20433129>>. Acesso em: 6 mar. 2020.

PARADELA E. M. P., LOURENÇO R. A., VERAS R. P. Validação da escala de depressão geriátrica em um ambulatório geral. **Revista de Saúde Pública**, v. 36, n. 6, p. 918-923, dez. 2005.

POTTER, P. A.; PERRY, A. G. **Fundamentos de Enfermagem**. 8. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013.

RIO DE JANEIRO (Município). Secretaria Municipal de Saúde (SMS). **Avaliação pré-operatória**. 1 ed. Coleção Guia de Referência Rápida. Rio de Janeiro: SMS/RJ, 2016.

ROGENSKI, N. M. B.; KURCGANT, P. Avaliação da concordância na aplicação da Escala de Braden inter observadores. **Acta Paul Enferm**, v. 25, n. 1, p. 24-28, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v25n1/v25n1_a05>. Acesso em: 2 maio 2020.

ROSENBERG, M. S., et al. Geriatric Emergency Department Guidelines. **Annals of Emergency Medicine**, v. 63, n. 5, p. 7-25. May 2014. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24746437>> Acesso em: 21 fev. 2020.

ROSENBERG, M.; ROSENBERG, L. The Geriatric Emergency Department. **Emerg Med Clin**, v. 34, n. 3, p. 629-648, Aug. 2016. Disponível em: <[http://www.emed.thedinics.com/artjde/S0733-8627\(16\)30026-8/pdf](http://www.emed.thedinics.com/artjde/S0733-8627(16)30026-8/pdf)>. Acesso em: 21 fev. 2020.

SOARES, N. V.; DALL'AGNOL, C. M. Privacidade dos pacientes: uma questão ética para a gerência do cuidado em enfermagem. **Acta Paul Enferm**, São Paulo, v. 24, n. 5, p. 6838, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010321002011000500014&script=sd_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 21 fev. 2020.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES (SBD). **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2015-2016**. São Paulo: A.C Farmacêutica, 2016. Disponível em: <<http://www.diabetes.org.br/profissionais/imagens/docs/DIRETRIZES-SBD-2015-2016.pdf>>. Acesso em: 12 fev. 2020.

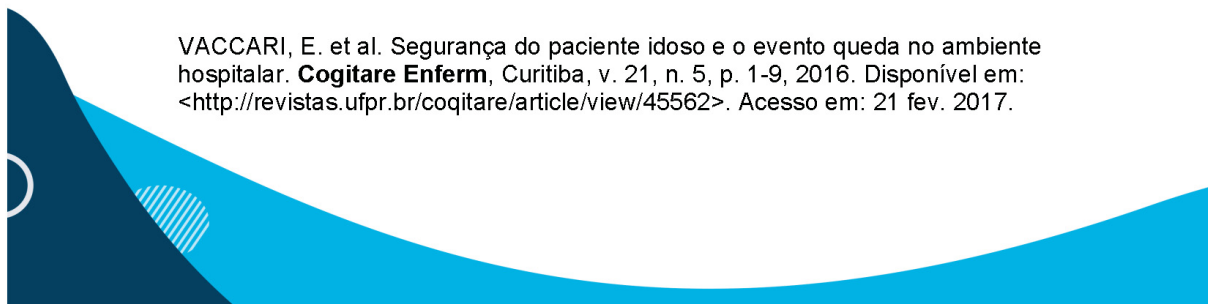
SOCIEDADE BRASILEIRA DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA (SBG). **I Consenso Brasileiro de Nutrição e Disfagia em Idosos Hospitalizados**. Barueri: Minha Editora, 2011. Disponível em: <<http://sbqq.org.br/wpcontent/uploads/2014/10/Consenso Brasileiro de Nutricao1.pdf>>. Acesso em: 6 out. 2019.

SOUSA JÚNIOR B. S. et al. Análise das Ações Preventivas de Úlceras por Pressão por Meio da Escala de Braden. **ESTIMA**, v. 15 n. 1, p. 10-18, 2017. Disponível em: <<http://www.revistaestima.com.br/index.php/estima/article/view/446/pdf>>. Acesso em: 6 mar. 2020.

TEIXEIRA, M. V. et al. Avaliação dos Resultados das Orientações Pré-Operatórias a Pacientes Submetidos à Cirurgia Cardíaca Eletiva. **R. Enferm. Cent. O. Min**, v. 3, n. 2, p. 620-31, maio/ago. 2013. Disponível em: <<http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/issue/view/55>>. Acesso em: 7 de jul. 2020.

TEIXEIRA, C. C. et al. Aferição de sinais vitais: um indicador do cuidado seguro em idosos. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v 24, n.4, p. 1071-8, 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v24n4/pt 0104-0707-tce-24-04-01071.pdf>>. Acesso em: 6 mar. 2020.

VACCARI, E. et al. Segurança do paciente idoso e o evento queda no ambiente hospitalar. **Cogitare Enferm**, Curitiba, v. 21, n. 5, p. 1-9, 2016. Disponível em: <<http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/45562>>. Acesso em: 21 fev. 2017.



YESAVAGE J. A. et al. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. **J Psychiat Res**, v. 17, n. 1, p. 37-49, 1982-1983.



APÊNDICE

PREPARATIVOS PARA A CIRURGIA

Há uma série de coisas que você pode fazer antes da sua cirurgia:

Diga a sua família e amigos que será submetido a uma cirurgia e talvez precise da ajuda deles durante a sua permanência no hospital e após a sua alta para casa.

Organizar o transporte de ida e volta para o hospital no dia da sua cirurgia. Você pode não ser capaz de dirigir por algum tempo, então planeje sua locomoção.

HOSPITAL MUNICIPAL DE
CURITIBA
Telefone (41) 3316-5900
<http://www.feaes.pr.gov.br>

PROGRAMA DE PÓS-
GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM-
MESTRADO PROFISSIONAL/
UFPR

INFORMAÇÕES IMPORTANTES PARA O PACIENTE

- Continuar tomando medicações para outras doenças que já faz o uso antes da cirurgia, **conforme orientação do cirurgião ou anestesista.**
- Trazar todos os exames no dia da cirurgia, e documento de identificação com foto.
- Não comer nada nas oito horas que antecedem a sua cirurgia. Jejum absoluto (nem água).
- No dia da cirurgia vir com acompanhante.



VOU FAZER UMA CIRURGIA, E AGORA?



HOSPITAL
MUNICIPAL DE
CURITIBA

GUIA DE ORIENTAÇÕES
PRÉ OPERATÓRIAS

HOSPITAL MUNICIPAL DE
CURITIBA
Telefone (41) 3316-5900
<http://www.feaes.pr.gov.br>

PROGRAMA DE PÓS-
GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM-
MESTRADO PROFISSIONAL/
UFPR

PREPARAÇÃO PESSOAL

Remover esmalte das unhas das mãos e pés. Remover prótese dentárias, aparelhos auditivos e jóias, incluindo aliança de casamento. Se você for submetido a cirurgia de manhã e tiver alta no mesmo dia, deve pedir a alguém para levá-lo para casa e ficar com você a primeira noite após a cirurgia. Evacuar pelo menos 01 vez no dia anterior, caso não ocorra avisar a enfermagem!

HIGIENE PESSOAL

Recomendamos que no dia da cirurgia você tome banho com sabonete neutro, lave os cabelos e seque bem. Alguns médicos orientam que as pacientes não realizem depilações próximas à área a ser operada, entretanto, confirme com o seu cirurgião.

ANESTESIA

Toda cirurgia requer alguma forma de anestesia. Tanto a anestesia quanto a cirurgia tem alguns riscos. Felizmente, são muito raros.

NO DIA DA CIRURGIA

Medicamentos atuais em suas embalagens originais; Roupas confortáveis e folgadas (Exemplo: roupa de ginástica, moletom etc), sapatos com sola antiderrapante.



Se você for dormir no hospital traga:
Óculos / prótese auditiva / dentária / sabonete / shampoo.

PREPARATIVOS

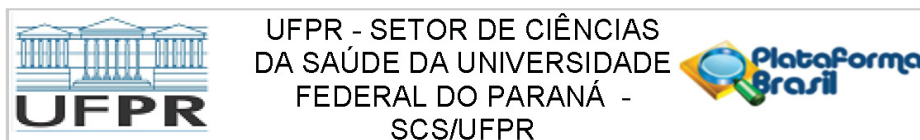
A equipe de enfermagem vai reunir-se com você e prepará-lo para cirurgia. Eles vão atualizar o seu histórico de saúde e rever os seus medicamentos. Sua pressão arterial, pulso e temperatura serão analisadas e um acesso intravenoso será iniciado no seu braço. Você marcará o local da cirurgia. Aduração da cirurgia varia dependendo do procedimento cirúrgico. Após a cirurgia, você será levado para a sala de Recuperação Pós Anestésica (SRPA), onde será monitorado e

encaminhado ao quarto após a alta do anestesiista.

Efeitos colaterais comuns de Medicação de dor Pós de ventre: Promover movimentos intestinais regulares, aumentar a sua ingestão de líquidos, a quantidade de fibras em sua dieta e sua atividade. Beber suco de ameixa também pode ser útil. Um laxante pode ser necessário. Fale com o seu médico. Dor de estômago: Tome a sua medicação conforme orientação médica, para ajudar a prevenir a dor de estômago. Caso ainda persista a dor, solicite para o seu médico a medicação específica.



ANEXO 1 – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP UFPR



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Protocolo de Consulta de Enfermagem Pré-Operatória ao Paciente Idoso em um Hospital Municipal de Curitiba

Pesquisador: Mariluci Hautsch Willig

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 25205319.6.0000.0102

Instituição Proponente: Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Mestrado Profissional

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.715.295

Apresentação do Projeto:

Trata-se do projeto de pesquisa intitulado "Protocolo de Consulta de Enfermagem Pré-Operatória ao Paciente Idoso em um Hospital Municipal de Curitiba", sob a responsabilidade da Profa. Dra. Mariluci Hautsch Willig, na condição de orientadora da aluna Rosilaine de Oliveira, vinculada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem Mestrado Profissional do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná.

A pesquisa terá como instituição coparticipante o Hospital Municipal do Idoso Zilda Arns. Os participantes da pesquisa serão 15 enfermeiros do referido hospital, com "conhecimento acerca do tema estudado e" que prestem "atendimento a idosos no ambulatório de enfermagem, setor emergência e centro cirúrgico, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS, por pelo menos um ano."

"Para a realização deste estudo também serão utilizados dados de prontuário concernente a idade, sexo, tipo de cirurgia e intercorrências no pós-operatório."

A coleta de dados será realizada após a aprovação do projeto por este Comitê, estendendo-se até julho de 2020.

Objetivo da Pesquisa:

Primário

Construir um protocolo para consulta de enfermagem pré-operatória no ambulatório de

Endereço: Rua Padre Camargo, 285 - 1º andar

Bairro: Alto da Glória

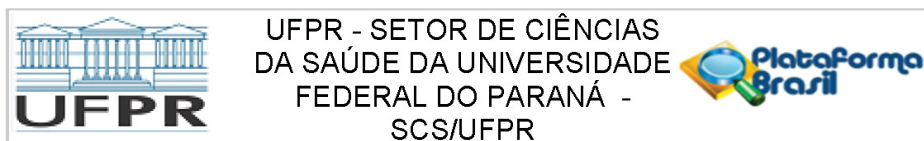
UF: PR

Telefone: (41)3360-7259

Município: CURITIBA

CEP: 80.060-240

E-mail: cometica.saude@ufpr.br



Continuação do Parecer: 3.715.295

Enfermagem em uma instituição hospitalar.

Secundários

- 1 - Identificar as características concernentes a idade, sexo, tipo de cirurgia e intercorrências no pós-operatório.
- 2 - Validar o protocolo para consulta de enfermagem pré-operatória ambulatorial.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos

"Os riscos para pesquisa envolvem a quebra de confidencialidade dos dados obtidos no levantamento das características dos idosos referente aos dados demográficos e situações clínicas dos pacientes que são submetidos a cirurgia, bem como, a geração de algum tipo de atrito ou desconforto entre pesquisadores e equipe assistencial dos serviços envolvidos."

A minimização prevista no projeto abrange: "como medidas de segurança referente a quebra de confidencialidade cabe destacar o respeito e observação dos princípios éticos em pesquisa por parte dos pesquisadores, bem como o zelo com a guarda das informações obtidas. A minimização do possível atrito ou desconforto entre pesquisadores e equipe tem como principal característica a comunicação. A chefia do serviço e a equipe devem estar bem inteiradas da presente proposta de pesquisa, bem como seus objetivos. Cabe também aos pesquisadores demonstrarem atenção as eventuais dúvidas que possam surgir por parte das equipes, esclarecendo todas elas de forma objetiva."

Benefícios

A segurança do paciente deve ser meta essencial dentro das instituições de saúde. A elaboração de um protocolo que vise a garantia da prevenção ou minimização de eventos adversos relacionados ao processo cirúrgico possui sua relevância por apresentar-se como mais uma medida que pode colaborar com esta causa."

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto prevê a realização de pesquisa com "abordagem qualitativa descritiva ancorada na Pesquisa Convergente Assistencial (PCA)", na qual o pesquisador se insere "no cotidiano dos participantes e assim compreende como os conhecimentos são criados." [...] "O referencial teórico-metodológico que sustenta este estudo" [...] "tem como objetivo articular a pesquisa e a prática assistencial, por meio da aproximação direta com o problema estudado visando transformar a realidade. Essa transformação se torna possível quando o pesquisador, inserido no ambiente em que o problema acontece, pode identificar e analisar os elementos que contribuem

Endereço: Rua Padre Camargo, 285 - 1º andar

Bairro: Alto da Glória

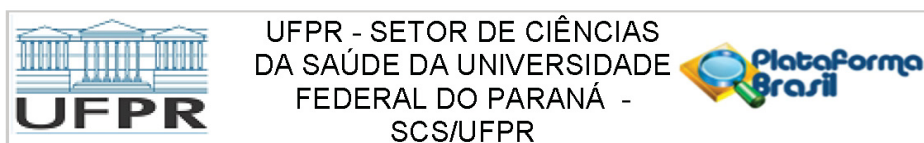
UF: PR

Município: CURITIBA

CEP: 80.060-240

Telefone: (41)3360-7259

E-mail: cometica.saude@ufpr.br



Continuação do Parecer: 3.715.295

para sua existência e então, propor soluções e inovações para o aprimoramento do cuidado de enfermagem. A inserção do pesquisador no campo tem como finalidade a interação entre ele e os participantes do estudo, gerando variáveis subjetivas que conferem a este referencial metodológico uma abordagem qualitativa (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014). Para alcançar esta compreensão, a PCA tem como princípio o estabelecimento de uma estreita relação entre pesquisar e o campo da prática assistencial estudada, somente assim é possível encontrar soluções para os problemas. Além disso, existe uma preocupação com o objeto de pesquisa, uma vez que o tema precisa surgir das necessidades dos profissionais e usuários do serviço de saúde (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014). A PCA é dividida em quatro fases: concepção, instrumentação, perscrutação e análise."

"Os dados coletados dos prontuários serão organizados e analisados no software Excel®, com a previsão da elaboração de tabelas e gráficos seguida da análise dos dados obtidos.

Na PCA, a etapa de codificação será realizada com a utilização do "software gratuito e de fonte aberta, Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires (IRAMUTEQ)" adaptado à língua portuguesa, por permitir "análise sobre corpus textuais e dados textuais, [...] desde as análises mais simples, como a lexicografia básica (cálculo de frequência de palavras), até análises multivariadas-classificação hierárquicas descendentes, (CHD), análises de similitude, nuvens de palavras, dentre outras".

Quanto à contribuição e relevância, este projeto de pesquisa viabilizará a "elaboração e validação de um protocolo de consulta de enfermagem pré-operatória ao paciente idoso submetido à cirurgias gerais. [...] A criação de um protocolo de atendimento para uma população tão representativa e que exige grande atenção contribui não apenas para melhoria dos serviços, mas também com a segurança do paciente, temática esta, muito atual e relevante. A possibilidade de desenvolver tal projeto em uma instituição pública de referência no atendimento à pessoa idosa e também a validação do protocolo por especialistas corrobora para o progresso científico."

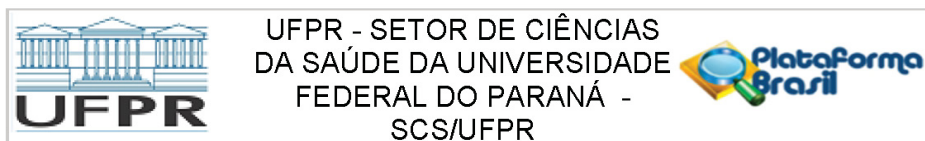
Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos termos foram apresentados, destacando-se o termo de concordância expedido pelo diretor da instituição coparticipante, a autorização para manipulação dos dados de prontuários e o requerimento para apreciação de projetos pelo CEP/SMS-Curitiba.

Recomendações:

Não há.

Endereço: Rua Padre Camargo, 285 - 1º andar
Bairro: Alto da Glória
UF: PR **Município:** CURITIBA
Telefone: (41)3360-7259 **CEP:** 80.060-240
E-mail: cometica.saude@ufpr.br



Continuação do Parecer: 3.715.295

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O projeto atende os indicativos de aprovação.

- É obrigatório retirar na secretaria do CEP/SD uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido com carimbo onde constará data de aprovação por este CEP/SD, sendo este modelo reproduzido para aplicar junto ao participante da pesquisa.

*Em caso de projetos com Coparticipantes que possuam Comitês de Ética, seu TCLE somente será liberado após aprovação destas instituições.

O TCLE deverá conter duas vias, uma ficará com o pesquisador e uma cópia ficará com o participante da pesquisa (Carta Circular nº. 003/2011CONEP/CNS).

Favor agendar a retirada do TCLE pelo telefone 41-3360-7259 ou por e-mail cometica.saude@ufpr.br, necessário informar o CAAE.

Considerações Finais a critério do CEP:

Solicitamos que sejam apresentados a este CEP, relatórios semestrais e final, sobre o andamento da pesquisa, bem como informações relativas às modificações do protocolo, cancelamento, encerramento e destino dos conhecimentos obtidos, através da Plataforma Brasil - no modo: NOTIFICAÇÃO. Demais alterações e prorrogação de prazo devem ser enviadas no modo EMENDA. Lembrando que o cronograma de execução da pesquisa deve ser atualizado no sistema Plataforma Brasil antes de enviar solicitação de prorrogação de prazo.

Emenda – ver modelo de carta em nossa página: www.cometica.ufpr.br (obrigatório envio)

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_1464118.pdf	07/11/2019 12:55:21		Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_Rosto.pdf	07/11/2019 12:54:53	ROSILAINE DE OLIVEIRA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_cep_protocolo_Rosilaine.docx	07/11/2019 12:51:57	ROSILAINE DE OLIVEIRA	Aceito

Endereço: Rua Padre Camargo, 285 - 1º andar

Bairro: Alto da Glória

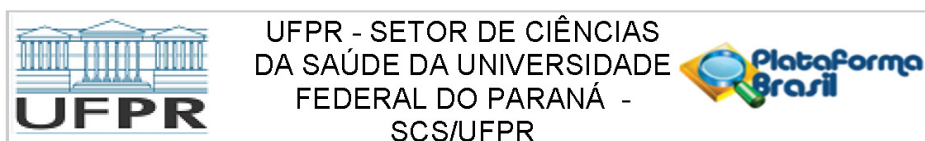
UF: PR

Município: CURITIBA

CEP: 80.060-240

Telefone: (41)3360-7259

E-mail: cometica.saude@ufpr.br



Continuação do Parecer: 3.715.295

Outros	Extrato_de_Ata.pdf	07/11/2019 12:44:32	ROSILAINE DE OLIVEIRA	Aceito
Outros	requerimento_de_apreciacao_de_pesquisa_sms.doc	05/11/2019 19:33:55	ROSILAINE DE OLIVEIRA	Aceito
Outros	declaracao_de ausencia_de custos_sms.doc	05/11/2019 19:30:31	ROSILAINE DE OLIVEIRA	Aceito
Outros	analise_de_merito_.pdf	05/11/2019 19:27:02	ROSILAINE DE OLIVEIRA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	termo_de_consentimento_livre_e_esclarecido_Rosilaine.docx	05/11/2019 19:26:28	ROSILAINE DE OLIVEIRA	Aceito
Outros	Check_list.pdf	04/11/2019 18:00:11	ROSILAINE DE OLIVEIRA	Aceito
Outros	solicitacao_de_acesso_aos_dados.pdf	01/11/2019 18:38:52	ROSILAINE DE OLIVEIRA	Aceito
Outros	autorizacao_para_manipulacao_de_dados.pdf	01/11/2019 18:38:22	ROSILAINE DE OLIVEIRA	Aceito
Outros	Termo_de_compromisso_para_utilizacao_de_dados.docx	01/11/2019 18:37:39	ROSILAINE DE OLIVEIRA	Aceito
Outros	declaracao_de_compromisso_da_equipe_de_pesquisa.docx	01/11/2019 18:32:56	ROSILAINE DE OLIVEIRA	Aceito
Outros	concordancia_da_instituicao_coparticipante.pdf	01/11/2019 18:32:24	ROSILAINE DE OLIVEIRA	Aceito
Outros	concordancia_dos_servicos_envolvidos.pdf	01/11/2019 18:31:43	ROSILAINE DE OLIVEIRA	Aceito
Outros	carta_de_encaminhamento_do_pesquisador_ao_cep.docx	01/11/2019 18:29:03	ROSILAINE DE OLIVEIRA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CURITIBA, 20 de Novembro de 2019

Assinado por:
IDA CRISTINA GUBERT
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Padre Camargo, 285 - 1º andar**Bairro:** Alto da Glória**UF:** PR**Município:** CURITIBA**CEP:** 80.060-240**Telefone:** (41)3360-7259**E-mail:** cometica.saude@ufpr.br

ANEXO 2 – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP SMS

SECRETARIA MUNICIPAL DA
SAÚDE DE CURITIBA - SMS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Protocolo de Consulta de Enfermagem Pré-Operatória ao Paciente Idoso em um Hospital Municipal de Curitiba

Pesquisador: Mariluci Hautsch Willig

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 25205319.6.3001.0101

Instituição Proponente: Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.764.379

Apresentação do Projeto:

Trata-se de Pesquisa da UFPR aprovada pelo CAAE nº25205319.6.0000.0102. Os autores da pesquisa escrevem que esta pesquisa cujo objetivo é a elaboração e validação de um protocolo de consulta de enfermagem pré-operatória ao paciente idoso submetido à cirurgias gerais, também utilizam literatura atual para embasar o estudo e justificar a necessidade da criação do referido protocolo, dada a intenção da melhoria nos processos que visam a segurança do paciente. Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa descritiva ancorada na Pesquisa Convergente Assistencial (PCA), que se iniciará a partir da aprovação do Comitê de Ética e se estenderá até julho de 2020. Os dados coletados dos prontuários serão organizados e analisados no software Excel®. O Excel é um programa de software que lhe permite criar tabelas e calcular e analisar dados. O critério de inclusão será possuir conhecimento acerca do tema estudado e prestar atendimento à idosos no ambulatório de enfermagem, setor emergência e centro cirúrgico, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS por pelo menos um ano.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Geral - Construir um protocolo para consulta de enfermagem pré-operatória no ambulatório de Enfermagem em uma instituição hospitalar. **Objetivos Específicos:** 1. Identificar as características concernentes a idade, sexo, tipo de cirurgia e intercorrências no pós-operatório. 2.

Endereço: Rua Atilio Bório, 680

Bairro: Cristo Rei

CEP: 80.050-250

UF: PR

Município: CURITIBA

Telefone: (41)3360-4961

E-mail: etica@sms.curitiba.pr.gov.br

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE DE CURITIBA - SMS



Continuação do Parecer: 3.764.379

Validar o protocolo para consulta de enfermagem pré-operatória ambulatorial.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos para esta pesquisa, segundo os autores envolvem a quebra de confidencialidade dos dados obtidos no levantamento das características dos idosos referente aos dados demográficos e situações clínicas dos pacientes que são submetidos a cirurgia, bem como, a geração de algum tipo de atrito ou desconforto entre pesquisadores e equipe assistencial dos serviços envolvidos. Como medidas de segurança referente a quebra de confidencialidade cabe destacar o respeito e observação dos princípios éticos em pesquisa por parte dos pesquisadores, bem como o zelo com a guarda das informações obtidas. A minimização do possível atrito ou desconforto entre pesquisadores e equipe tem como principal característica a comunicação. Os benefícios relatados envolvem a segurança do paciente, que é uma meta essencial dentro da instituição, a elaboração de um protocolo que vise a garantia da prevenção ou minimização de eventos adversos relacionados ao processo cirúrgico, que possui sua relevância por apresentar-se como mais uma medida que pode colaborar com esta causa.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Vide campo conclusões ou pendências.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos de apresentação obrigatória estão adequados e em conformidade são eles: Requerimento de apreciação, Termo de Confidencialidade, TCLE, TCUD, Orçamento, Declaração de Ausência de Custos para SMS, Declaração de Ausência de Conflito de Interesse e Declaração de Ciência de Campo de Pesquisa.

Recomendações:

Vide campo conclusões ou pendências.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Recomenda-se que na página 13, onde há o título "Análise Crítica de Riscos e Benefícios" retirar a frase "Não se aplica", pois o item foi contemplado. Esta recomendação não inviabiliza a pesquisa, portanto o parecer é pela aprovação. Em cumprimento à Resolução CNS 466/12, este Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) deverá receber relatórios parciais sobre o andamento do estudo, bem como o relatório completo ao final do estudo. Eventuais notificações, ou modificações que gerem emendas ao protocolo original, devem ser apresentadas prontamente, identificando a parte do protocolo a ser modificado e as suas justificativas. Salientamos a necessidade de entrar previamente em contato com nossas Coordenação de Ensino Pesquisa da FEAS, de posse do

Endereço: Rua Atilio Bório, 680

Bairro: Cristo Rei

UF: PR

Município: CURITIBA

Telefone: (41)3360-4961

CEP: 80.050-250

E-mail: etica@sms.curitiba.pr.gov.br

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE DE CURITIBA - SMS



Continuação do Parecer: 3.764.379

Termos de Aprovação da Pesquisa, para agendar as atividades necessárias com a Coordenação dos setores envolvidos na pesquisa.

Considerações Finais a critério do CEP:

O Colegiado do CEP/SMS-Curitiba ratifica o parecer do(s) relator(es).

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_cep_protocolo_Rosilaine.docx	07/11/2019 12:51:57	ROSILAINE DE OLIVEIRA	Aceito
Outros	Extrato_de_Atta.pdf	07/11/2019 12:44:32	ROSILAINE DE OLIVEIRA	Aceito
Outros	requerimento_de_apreciacao_de_pesquisa_sms.doc	05/11/2019 19:33:55	ROSILAINE DE OLIVEIRA	Aceito
Outros	declaracao_de_ausencia_de_custos_sms.doc	05/11/2019 19:30:31	ROSILAINE DE OLIVEIRA	Aceito
Outros	analise_de_merito_.pdf	05/11/2019 19:27:02	ROSILAINE DE OLIVEIRA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	termo_de_consentimento_livre_e_esclarecido_Rosilaine.docx	05/11/2019 19:26:28	ROSILAINE DE OLIVEIRA	Aceito
Outros	Check_list.pdf	04/11/2019 18:00:11	ROSILAINE DE OLIVEIRA	Aceito
Outros	solicitacao_de_acesso_aos_dados.pdf	01/11/2019 18:38:52	ROSILAINE DE OLIVEIRA	Aceito
Outros	autorizacao_para_manipulacao_de_dados.pdf	01/11/2019 18:38:22	ROSILAINE DE OLIVEIRA	Aceito
Outros	Termo_de_compromisso_para_utilizacao_de_dados.docx	01/11/2019 18:37:39	ROSILAINE DE OLIVEIRA	Aceito
Outros	declaracao_de_compromisso_da_equipe_de_pesquisa.docx	01/11/2019 18:32:56	ROSILAINE DE OLIVEIRA	Aceito
Outros	concordancia_da_instituicao_coparticipante.pdf	01/11/2019 18:32:24	ROSILAINE DE OLIVEIRA	Aceito
Outros	concordancia_dos_servicos_envolvidos.pdf	01/11/2019 18:31:43	ROSILAINE DE OLIVEIRA	Aceito
Outros	carta_de_encaminhamento_do_pesquisador_ao_cep.docx	01/11/2019 18:29:03	ROSILAINE DE OLIVEIRA	Aceito

Endereço: Rua Atilio Bório, 680

Bairro: Cristo Rei

UF: PR

Município: CURITIBA

CEP: 80.050-250

Telefone: (41)3360-4961

E-mail: etica@sms.curitiba.pr.gov.br

SECRETARIA MUNICIPAL DA
SAÚDE DE CURITIBA - SMS



Continuação do Parecer: 3.764.379

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CURITIBA, 12 de Dezembro de 2019

Assinado por:
antonio dercy silveira filho
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Atilio Bório, 680

Bairro: Cristo Rei

UF: PR

Município: CURITIBA

Telefone: (41)3360-4961

CEP: 80.050-250

E-mail: etica@sms.curitiba.pr.gov.br